PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ECONOMÍA

Disertación previa a la obtención del título de Economista

Evaluación de la inversión pública en la calidad de los servicios del Ministerio de Salud Pública a partir del estudio de tres casos

Ana Karen Román Cepeda

aniroman@outlook.com

Directora: Ec. Tatiana Villacres Landeta

taty_villacres@hotmail.com

Quito, Abril 2017

Resumen

La presente disertación refleja que no se evidencia que los servicios de salud pública han experimentado una mejoría en relación directa con la inversión pública destinada a este sector, ya que la inversión pública en salud debe ir paralela con un servicio eficiente de calidad y calidez, pero esto no se ha producido. Para esto se utilizó diferentes fuentes de información como bases de datos y encuestas del Ministerio de Finanzas, Ministerio de Salud Pública y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – INEC. En primer lugar, se realiza un análisis de los recursos asignados al sector salud con el fin de evidenciar su evolución y como esos recursos se han visto reflejados en la población. Más adelante se presenta la situación de los servicios de salud pública en el cantón Quito en el cual se realiza un estudio desde de la oferta y demanda de servicios de salud en base a encuestas realizadas por el INEC. Por último, se analiza si el incremento en inversión se ha traducido en mejora en la calidad de los servicios de salud pública mediante la realización de una encuesta en tres instituciones pertenecientes al Ministerio de Salud Pública con el fin observar si en los establecimientos escogidos se otorga y se garantiza servicios de salud de calidad a toda la población e identificar los problemas que aún persisten en este tipo de servicio.

Palabras claves: Inversión Pública, Servicios de Salud Pública, Calidad

A Dios por concederme la vida y su infinito amor

A mi madre Rosario por su amor, apoyo y comprensión en todo momento

A mi hermana Jessica por su esfuerzo y sacrificio. Por ti soy lo que soy. Gracias

A mi hermana Andrea por su complicidad, abnegación y sabiduría

A mi hermana Josselyn por ser mi ejemplo de valentía y perseverancia

A mi sobrino Andrés por ser mi luz y mis fuerzas de seguir adelante

A Josselyn Z. y mi abuelo Luis Román que protegen a mi familia desde el cielo

A mis amigas y amigos, por todos los momentos que disfrutamos juntos

Agradezco sinceramente a mi Directora de Tesis, Ec. Tatiana Villacrés, por los conocimientos impartidos, su esfuerzo, su dedicación y paciencia, durante el tiempo de elaboración de la presente disertación.

Evaluación de la inversión pública en la calidad de los servicios del Ministerio de Salud Pública a partir del estudio de tres casos

Introducción *9*

Metodología de Trabajo *11*

Fundamentación Teórica *13*

1. Intervención del Estado **13**

1.1. Información imperfecta 14

1.2. Competencia limitada 14

1.3. Ausencia de ánimo de lucro 14

1.4. El papel del sector de seguros médicos 15

1.5. Ineficiencias en los mercados de asistencia sanitaria 15

2. Gasto Público **15**

2.1. Clasificación del gasto público según el desarrollo de capacidades 16

3. Inversión Pública **17**

3.1. Inversión Pública en Salud 18

3.2. Inversión para la provisión de servicios públicos 19

4. Calidad y eficiencia del Gasto Público **21**

4.1. Mejorar el Gasto Público en Salud 22

5. Salud **23**

5.1. Salud Pública 23

5.2. Economía de la Salud 24

6. Calidad de los Servicios de Salud **27**

6.1. Evolución de los conceptos de calidad 27

6.2. Definición de Calidad de Servicios de Salud 27

6.3. Atributos de la Calidad 28

6.4. Principios básicos del mejoramiento continuo de la calidad 30

6.5. Perspectiva desde los oferentes de servicios de salud 31

6.6. Perspectiva desde los demandantes de servicios de salud 32

Evolución de la asignación de recursos del Estado al sector Salud *33*

1. Inversión social periodo 2006 - 2014 ..... **33**

2. Presupuesto General del Estado en Salud **35**

3. Presupuesto Devengado en Salud por parte del Ministerio de Salud Pública **36**

3.1. Año 2008 36

3.2. Año 2009 38

3.3. Año 2010 39
3.4. Año 2011 41
3.5. Año 2012 43
3.6. Año 2013 45
3.7. Año 2014 47
Servicios de salud pública en el cantón Quito 50
1. Análisis situación actual de los servicios del Ministerio de Salud Pública 50
1.1. Oferta de Servicios de Salud 52
1.1.1. Establecimientos 52
1.1.2. Personal de salud 53
1.1.3. Número de ámbientes físicos 54
1.1.4. Número de equipos 55
1.1.5. Número de ambulancias 56
1.1.6. Camas 57
1.2. Demanda de Servicios de Salud 58
1.2.1. Principales causas de morbilidad ambulatoria 58
1.2.2. Egresos hospitalarios y defunciones 59
Percepción de la Calidad de los Servicios de Salud en la ciudad de Quito a partir del estudio de tres casos 62
1. Encuesta de Percepción de la Calidad de los Servicios de Salud Pública 62
1.1. Diseño de la investigación 62
1.2. Recopilación de datos 63
1.3. Análisis y resultados 64
2. Calidad del Gasto Público 74
2.1. Monitoreo y evaluación 75
2.2. Inversión Pública en la calidad de los servicios de salud pública 77
Conclusiones 78
Recomendaciones 80
Referencia Bibliográfica 81
Anexos 88

Lista de siglas y abreviaturas

ANDES	Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica
ILDIS	Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
LOSEP	Ley Orgánica de Servicio Público
MSP	Ministerio de Salud Pública
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SENPLADES	Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo

Introducción

En Ecuador, los servicios de salud que ofrece el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través de hospitales, centros y subcentros de salud, sufrieron un deterioro importante debido a recortes presupuestarios evidenciados antes de la Constitución del año 2008, caracterizados por un modelo de privatización de los servicios y recuperación de costos, situación que constituía un impedimento para el acceso a la atención médica por parte de la población (Hidalgo, 2010). Las instituciones privadas ofrecían servicios de mejor calidad que eran pagados por personas de ingreso medio y alto dejando de lado las necesidades de salud de amplios sectores de la población, quienes acudían a instituciones públicas que no contaban con medicinas, insumos médicos, equipos para realizar los exámenes, carencia de especialistas por lo cual era un impedimento para la demás población tener acceso a servicios de salud de calidad.

Con la aprobación de la nueva Constitución desde el 2008 se garantiza el derecho de acceso a la salud universal y gratuita, como un deber del Estado y derecho de los ciudadanos por lo que el Ejecutivo decretó en varias ocasiones declaratorias de emergencia y estados de excepción sanitaria durante el periodo 2007 – 2011 como demostración de la preocupación del gobierno nacional de responder a las necesidades de la población.

Los ciudadanos han recibido beneficios a raíz de la ampliación de cobertura sanitaria y de la reducción de pagos directos, además de que se favorece especialmente a las personas más pobres, pero si bien la Constitución del Ecuador (2008) garantiza el acceso universal a la salud aún existen problemas y dificultades con respecto a la calidad de los servicios brindados por la instituciones del MSP.

Quienes se atienden en dependencias de salud pública indican que los principales problemas de salud es la calidad del servicio: carencias de medicinas e insumos, largas filas para atención médica, falta de especialistas, tiempo de espera, falta de equipos para realizar exámenes.

De acuerdo con lo anteriormente mencionado a través de la presente investigación se evidencia que los servicios de salud pública no han experimentado una mejoría en relación directa con la inversión pública destinada a este sector, ya que la inversión pública en salud debe ir paralela con un servicio eficiente de calidad y calidez, pero esto no se ha producido.

El Capítulo 1 muestra un análisis de los recursos asignados al sector salud en base al Presupuesto General del Estado, además con el fin de evidenciar su evolución y como esos

recursos se han visto reflejados en la población se presenta el Presupuesto Devengado Salud por parte del Ministerio de Salud Pública en el periodo 2008 – 2014.

El Capítulo 2 se presenta la situación de los servicios de salud pública en el cantón Quito en el cual se realiza un estudio desde de la oferta y demanda de servicios de salud en base a las encuestas realizadas por el INEC en cuanto a estadísticas de salud como lo son “Actividades y Recursos de Salud” y “Camas y Egresos Hospitalarios”.

En el Capítulo 3 se analizan los datos recopilados mediante una encuesta realizada por la autora de esta investigación, en tres instituciones pertenecientes al Ministerio de Salud Pública con el fin observar si en los establecimientos escogidos se otorga y se garantiza servicios de salud de calidad a toda la población e identificar los problemas que aún persisten en este tipo de servicio, para a continuación presentar las conclusiones y recomendaciones.

Aunque la inversión pública en salud se ha incrementado, el impacto en la calidad de los servicios no ha sido satisfactorio ya que la mayor parte de los recursos se han destinado para gastos en infraestructura hospitalaria. El MSP puso énfasis en el equipamiento y estructura hospitalaria, pero existe una gran demanda que de pronto desborda la capacidad de las instituciones públicas ya que al ofertar la gratuidad del servicio causó que la demanda aumente saturando la capacidad de los hospitales y por tanto no mejore la calidad de los servicios que ofrecen.

Metodología de Trabajo

La presente investigación utilizó la metodología de tipo exploratorio, ya que la evaluación de la calidad de los servicios de salud es un tema relativamente poco explorado por lo que ha sido tratado de manera general. Además se utilizó la metodología de tipo descriptivo porque va a caracterizar a las instituciones proveedoras de servicios de salud de acuerdo con los objetivos planteados. Se utiliza técnicas específicas de recolección de información como la observación, entrevistas y encuestas.

Además se utilizó el método inductivo porque permite ir de lo particular a lo general, siendo el caso de la presente investigación en el cual a partir del estudio de tres instituciones pertenecientes al Ministerio de Salud Pública en el cantón Quito se puede concluir de manera general para lo que ocurre en establecimientos a nivel nacional.

Con el fin de evaluar la inversión pública en la calidad de los servicios del Ministerio de Salud Pública, la presente investigación realiza un análisis de la información proveniente de bases de datos gubernamentales, medios impresos y documentos electrónicos así como la información obtenida mediante la realización de encuestas en tres instituciones de salud pertenecientes al MSP. Según los datos e información obtenida se pudo evidenciar las falencias en la calidad de los servicios de salud que ofrecen las instituciones del MSP.

En la investigación se utilizó fuentes de información del Ministerio de Finanzas (Subsecretaría de Presupuesto), Ministerio de Salud Pública (Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, Coordinación General de Gestión Estratégica, Coordinación General de Planificación, Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud) y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos mediante las encuestas como: Censo de Población y Vivienda (2010), Estadísticas de Camas y Egresos Hospitalarios (2014), Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud (2013).

En el análisis del presupuesto asignado al sector salud, se usó como referencia bases de datos correspondientes al Ministerio de Finanzas y Ministerio de Salud Pública para evidenciar la relación entre mayor asignación de recursos vs. mejora de la calidad de los servicios. Además se realizó un estudio de la oferta y demanda de los servicios de salud para lo cual se utilizó encuestas realizas por el INEC mencionadas anteriormente, los mismos que fueron filtrados y procesados con la ayuda de programas estadísticos como SPSS Y STATA para obtener información concreta del cantón Quito.

Pregunta general

¿Cómo ha contribuido la inversión pública a mejorar la calidad de servicios de salud pública?

Preguntas específicas

- ¿Cómo ha evolucionado la inversión del Estado para el sector salud según el Presupuesto General del Estado periodo 2006-2014?
- ¿Cuál es la percepción de los usuarios respecto a la calidad de servicios que ofrecen las instituciones del Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Quito?
- ¿Cómo el aumento en inversión en salud ha repercutido en mejoras en la calidad del servicio en la misma proporción en las instituciones del Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Quito?

Objetivo general

Demostrar que la inversión pública ha contribuido para mejorar la calidad de los servicios de salud pública en la ciudad de Quito.

Objetivos específicos

- Comparar la evolución de la inversión para el sector de la salud según el Presupuesto General del Estado periodo 2006-2014.
- Identificar la percepción que los usuarios poseen respecto a la calidad de servicios que ofrecen las instituciones del Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Quito.
- Demostrar que el aumento en inversión en salud ha repercutido en mejoras en la calidad del servicio en la misma proporción en las instituciones del Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Quito.

Fundamentación teórica

La teoría económica que se utiliza en esta investigación es de inversión pública pero no desde el punto de vista macroeconómico sino desde la calidad del servicio en salud ya que no solo trata acerca de los recursos que ha invertido el Estado en el sector salud sino también en los resultados alcanzados a través de los servicios prestados en los diferentes hospitales, centros y subcentros de salud en cuanto a la calidad de los servicios.

Las inversiones en salud son esenciales para el crecimiento y desarrollo económico por lo que se sustentan en la literatura económica a partir de la intervención del Estado en el mercado de salud, gasto e inversión pública en salud, en función del uso óptimo de los recursos y mejoras del sector salud.

Además, la economía de la salud es una disciplina relativamente nueva de las ciencias económicas pero permite abordar ampliamente los problemas de los servicios de salud, por eso desde esta perspectiva se analiza la salud y salud pública, concepto y definición; además de aspectos fundamentales como son la oferta y demanda de servicios y desde este enfoque indagar los determinantes de la calidad de los servicios de salud.

1. Intervención del Estado

El análisis de la composición pública y privada del gasto nacional en salud ayuda a ponderar el grado de eficiencia del gobierno y del mercado que controla los recursos para la salud. Los recursos que se encauzan a través de las instituciones públicas son susceptibles al fracaso gubernamental (debido a las fallas de asignación, la subutilización o la baja productividad del financiamiento público), mientras que, los recursos que se transfieren de los consumidores a los proveedores mediante la compra y venta de bienes y servicios de salud, incluida la compra de seguros médicos, están sujetos a las fallas del mercado (OPS, 2007).

Para Stiglitz (2000), la intervención del Estado debe ser cuando los mercados no son eficientes y por tanto presentan las siguientes fallas del mercado:

- Competencia imperfecta
- Bienes públicos
- Externalidades
- Mercados incompletos
- Información imperfecta
- Paro y otras perturbaciones económicas

En el mercado de provisión de bienes y servicios sanitarios, la intervención del Estado puede estar justificada para corregir deficiencias del mercado, ya sea por su carácter de bien público, por la presencia de externalidades o por su calificación como bienes preferentes o no deseables (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005: 165).

Además, la justificación de la intervención del Estado en el mercado de salud también da porque la mayor parte de la población se beneficia de la salud pública y de esta manera puede solucionar problemas básicos como la equidad, eficiencia y estabilización macroeconómica (Bernáth, s.f: 2).

Por otra parte, el mercado sanitario está plagado de imperfecciones, algunas de las cuales llevan a realizar excesivos gastos. El mercado sanitario presenta cuatro fallos del mercado, los dos primeros: información imperfecta y competencia limitada; los otros dos se refieren al importante papel que desempeñan las instituciones sin fines de lucro y el sector de los seguros de sanidad que a continuación se detallan (Stiglitz, 2000: 349):

1.1. La información imperfecta

Cuando los consumidores van al médico, lo que compran es en gran medida sus conocimientos y su información. Como pacientes, los consumidores deben confiar en sus opiniones sobre el tratamiento farmacológico, intervenciones quirúrgicas u otros procedimientos necesarios. Como carecen de conocimientos de medicina, no pueden valorar y evaluar correctamente los consejos de los médicos, es posible que ni siquiera puedan saber si un médico está cualificado; eso explica por qué el Estado interviene en la concesión de permisos para ejercer la medicina y en la regulación de los medicamentos que pueden administrarse a los pacientes (Stiglitz, 2000: 349).

1.2. Competencia limitada

La información imperfecta reduce el grado efectivo de competencia. La heterogeneidad de los servicios médicos dificulta las comparaciones de precio y calidad e impide así que se difunda eficazmente la información (Stiglitz, 2000: 350).

1.3. Ausencia de ánimo de lucro

Las consecuencias de esta ausencia de fines de lucro son valoradas por la forma en que el Estado y las compañías aseguradoras reembolsan a los hospitales sus gastos: en la mayoría de los casos, les pagan las cantidades que éstos facturen, por exageradas que sean (Stiglitz, 2000: 351).

1.4. El papel del sector de seguros médicos

Para Stiglitz (2000), los individuos son aversos al riesgo y ésa es la razón por la que compran un seguro. Por otro lado, existe considerable insatisfacción con el seguro que proporciona el mercado: algunas personas compran demasiado seguro y éste lleva a gastar excesivamente en asistencia sanitaria; muchas personas no pueden conseguir un seguro (hay demasiada poca cobertura) o sólo pueden conseguirlo pagando unas pocas primas excesivas; y los costes de transacción son excesivos.

1.5. Consecuencias de las ineficiencias en los mercados de asistencia sanitaria

Los fallos de los mercados de asistencia sanitaria generan ineficiencias y pueden contribuir a los crecientes costes que han avivado los recientes debates sobre la política sanitaria (Stiglitz, 2000: 361). Se definen a continuación dos ejemplos importantes según la teoría del autor:

La oferta crea su propia demanda. La teoría convencional de la competencia predice que un aumento de la oferta de médicos reducirá el precio de los servicios médicos. Como los pacientes poseen una información limitada, juzgan en parte la calidad en función del precio, por lo que los médicos son reacios a bajar los precios. Pero en asistencia sanitaria, es posible que dado que los pacientes no saben qué atención es necesaria y correcta y como pagan una parte pequeña del coste de dicha asistencia, los médicos pueden elevar la demanda de sus servicios (Stiglitz, 2000).

Asistencia correcta. Existen pruebas de que una gran parte de los gastos sanitarios son incorrectos, quizás los más reveladoras sean los datos que comparan las prácticas que se realizan en diferentes lugares. Estas diferencias generan enormes divergencias en los costes y no puede atribuirse a diferencias geográficas (Stiglitz, 2000).

2. Gasto público

El gasto público es el reflejo de la actividad financiera y económica del Estado lo que puede expresarse, en términos más operativos, como una manifestación de su plan económico y social diseñado a través de su presupuesto (Carciofi, Cetrángolo y Larrañaga; 1996).

El gasto público, sea éste nacional o local, puede analizarse a grandes rasgos mediante tres diferentes perspectivas (Urzúa; 2011):

- La primera, la legalmente necesaria para cualquier administración pública, es la de la contabilidad gubernamental, en este caso el interés del análisis radica esencialmente en dar seguimiento a los gastos de cada una de las dependencias del gobierno en cuestión, así como en evaluar contablemente el cumplimiento de las metas preestablecidas (Urzúa; 2011).

- Una segunda perspectiva, la preferida en particular entre los funcionarios públicos más ligados a la esfera macroeconómica, centra su interés primordialmente en los ingresos y egresos del gobierno en su conjunto, para luego examinar, en especial, los determinantes del déficit público (Urzúa; 2011).

- Una última perspectiva, y por mucho la más importante, no es la del análisis del ejercicio del gasto público por sí mismo, sino de sus alcances y consecuencias sobre el bienestar social de la población (Urzúa; 2011).

2.1. Clasificación del Gasto Público según el desarrollo de capacidades

Los criterios que proponen Alfageme y Guabloche (s.f.) para organizar el gasto público están dirigidos a analizar los esfuerzos que se realiza en el campo de las políticas públicas y en superar la ambigüedad que encierra el concepto de gasto social incorporando el enfoque teórico propuesto por Sen (1995) y los postulados de la economía del bienestar.

Desarrollo de las capacidades de las personas. Este aspecto permite medir el gasto realizado por el Estado para garantizar el acceso de los ciudadanos a servicios de carácter más universal, como salud y educación que, si bien pueden ser suministrados por el sector privado, no se considera deseable su exclusión. Se reconoce con ello objetivos relacionados con la igualdad de oportunidades y la importancia de la inversión en recursos humanos (Alfageme y Guabloche; s.f.).

Desarrollo de las capacidades de grupos considerados vulnerables. Considera el gasto estatal dirigido a mejorar las condiciones de vida y proteger a los grupos más desfavorecidos socialmente y en situación de pobreza. Se hará referencia a los servicios que brindan determinadas instituciones dirigidas al cumplimiento de objetivos como: inversión social, seguridad alimentaria, protección y atención a mujeres niños y ancianos (Alfageme y Guabloche; s.f.).

Desarrollo de la infraestructura básica para ampliar la capacidad productiva. Se enfatiza la inversión pública en obras de infraestructura que promuevan la inversión privada y permitan distribuir recursos a escala regional orientados a la generación de empleo, mejora de la productividad y al acceso a otros bienes como electrificación rural, asistencia agrícola, entre otros (Alfageme y Guabloche; s.f.).

Comprende el análisis del gasto de inversión en los sectores: agropecuario, energía y recursos mineros, transporte y comunicaciones, pesquería, industria y otros programas multisectoriales del gobierno central y de los gobiernos regionales y de microrregiones (Alfageme y Guabloche; s.f.).

Regulación y protección de las garantías ciudadanas. Organiza información de las instituciones públicas orientadas a actividades de carácter regulador y normativo que son importantes para el funcionamiento democrático y la convivencia social. Se agrupan acciones que tienen que ver con garantizar el derecho de propiedad, el acceso a la justicia, la protección del trabajador y los derechos del pueblo y del consumidor. No se ha podido incorporar lo referente a seguridad ciudadana y desagregar las actividades de algunos organismos reguladores (determinación de tarifas públicas, por ejemplo) debido a la forma de presentación de la información (Alfageme y Guabloche; s.f.).

Resto. Se considera en este acápite las instituciones o funciones del Estado que no están incluidas bajo los criterios de clasificación expuestos y que están por lo general orientadas a fines más amplios de la acción pública. Incorpora, también, las actividades de caráter general y administrativo de los sectores productivos cuyos proyectos han sido incluidos en el rubro 2.1.3 (Alfageme y Guabloche; s.f.).

3. Inversión pública

Las inversiones son las erogaciones susceptibles de causar créditos o de ser de algún modo económicamente productivas o que tengan cuerpo de bienes de utilización perdurable, llamados también de capital por oposición a los de funcionamiento, que se hayan destinado por lo común a extinguirse con su empleo. Así mismo, aquellos gastos destinados a crear infraestructura social (Córdoba, 2009).

Los gastos de inversión se clasifican en programas, subprogramas y proyectos:

- Son programas los constituidos por las apropiaciones destinadas a actividades homogéneas en un sector de acción económica, social, financiera o administrativa a fin de cumplir con las metas fijadas por el Gobierno Nacional, a través de la integración de esfuerzos con recursos humanos, materiales y financieros asignados (Córdoba, 2009).

- Son subprogramas el conjunto de proyectos de inversión destinados a facilitar la ejecución en un campo específico en virtud del cual se fijan metas parciales que se

cumplen mediante acciones concretas que realizan determinados órganos (Córdoba, 2009).

- Los proyectos son las unidades específicas de inversión, cuyo conjunto constituyen los subprogramas y programas (Córdoba, 2009).

3.1. Inversión pública en salud

La inversión de salud incluye el gasto en cualquier actividad cuyo principal objetivo es el restablecimiento, el mantenimiento, la mejora y la protección de la salud en un país durante un período de tiempo definido. Inversión en la salud se produce tanto en el exterior y el interior del "sistema de salud" (The Mexican Commission on Macroeconomics and Health, 2004: 29).

En el interior del sistema de salud, las actividades incluyen: promoción de la salud y prevención de enfermedades; tratamiento de las patologías y la reducción de las muertes prematuras; la atención a personas con enfermedades crónicas, deficiencias, incapacidades o discapacidades relacionadas con la salud; atención de enfermedades crónicas; el suministro y la administración de la salud pública; la gestión de los programas de salud; seguro de salud y otros mecanismos de financiación y la administración del sistema de salud (The Mexican Commission on Macroeconomics and Health, 2004: 29).

Es el dinero que gasta el Gobierno en la atención directa de la salud de las personas de forma a asegurar el óptimo estado sanitario de la comunidad. Este gasto incluye asistencia médica y hospitalaria de las personas para la promoción, protección y recuperación de la salud, la atención en establecimientos, la vacunación y vigilancia epidemiológica para el control de las enfermedades, entre otros, como el cuidado del ambiente, acceso a agua potable y saneamiento básico (CADEP, 2008: 1).

Para Berta Rivera y Luis Currais (2005: 104) el sector sanitario:

> No debe verse únicamente como generador de gasto, sino también como un sector de actividad que ejerce efectos beneficiosos en el conjunto de la economía. Por un lado, y bajo la perspectiva de sector de actividad económica, la sanidad ejerce efectos multiplicadores sobre otros sectores, creación de empleo y efectos redistributivos sobre la renta de los hogares. Por otro lado, existe un importante impacto de la salud sobre el desarrollo a través de diversos canales por los que la inversión en salud tiene efectos beneficiosos sobre el crecimiento económico y el desarrollo social. En este sentido, las inversiones destinadas al sector sanitario deberían considerarse no únicamente como una obligación moral o social, sino también como una forma de favorecer el crecimiento económico de un país.

Por tanto, según Rivera y Currais (2005: 104) la inversión pública en salud es, “esencial para favorecer la equidad social a través de la mejora en el estado de salud de la población y contribuye a incrementar el desarrollo económico”.

3.2. Inversión para la provisión de servicios públicos

Crecimiento y necesidades de inversión para la provisión de servicios públicos. Existe actualmente un amplio consenso sobre la relación positiva entre la inversión en infraestructura, el crecimiento económico y la competitividad. La necesidad de que la prestación de servicios de infraestructura reduzca la pobreza y favorezca el crecimiento económico se ha reconocido ampliamente en diversos foros como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y La Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Financiamiento para el desarrollo realizada recientemente en Monterrey, entre otros (Lucioni, 2004: 9).

Se sostiene que la disponibilidad, eficiencia y confiabilidad de la prestación de infraestructura influyen de manera decisiva en el clima de inversión y crecimiento y aumentan el bienestar de los hogares pobres (Lucioni, 2004: 10).

A pesar de este reconocimiento se registran actualmente grandes necesidades insatisfechas de inversión en infraestructura y mejoramiento de la prestación de los servicios en los países de la región (Lucioni, 2004: 10).

Mecanismos de propiedad y financiamiento de la inversión para la provisión de servicios públicos. Tres son las opciones clásicas en las que se divide el esquema de propiedad y provisión de servicios: propiedad pública y operación pública, propiedad pública y operación privada y propiedad privada y operación privada (Lucioni, 2004: 13).

La primera responde al método tradicional utilizado por los países hasta los noventa donde el Estado, en general a través de empresas públicas u organismos descentralizados, diseña, financia con recursos propios, opera y mantiene la infraestructura, por lo cual en esta opción los privados pueden participar, mediante licitaciones competitivas, pero no financian ni operan ni mantienen el proyecto (Lucioni, 2004: 13).

La alternativa propiedad pública - operación privada incluye cuatro modalidades de asociación: contratos de servicios y gerenciamiento, contratos de arrendamiento, contratos de concesión y acuerdos de construcción, operación y transferencia (Lucioni, 2004: 13-14).

La opción propiedad privada y operación privada se refiere al esquema de privatización o venta completa de los activos públicos al sector privado. Esta opción incluye políticas de desregulación y liberalización de los mercados como instrumento para alentar inversión privada en sectores de servicios competitivos (Lucioni, 2004: 14).

La inversión para la provisión de servicios públicos: fuentes de financiamiento y evolución reciente. Tres son las fuentes básicas de recursos para el financiamiento de la infraestructura: los gobiernos con recursos propios, el flujo de capitales privados y los préstamos de los Bancos Multilaterales de Desarrollo. En determinados periodos y bajo distintas circunstancias las fuentes citadas contribuyen en menor o mayor proporción al desarrollo de la infraestructura de todo país (Lucioni, 2004: 15).

Según un estudio realizado por el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), entre el 65% y 70% del gasto total en infraestructura en el mundo se sigue financiado con recursos propios de los gobiernos nacionales y subnacionales o de las empresas públicas de servicios. El sector privado aporta entre el 20% y 25% mientras el resto corresponde a los compromisos de los bancos multilaterales los cuales varían entre el 10% y el 5% del total (citado en Lucioni, 2004: 16).

- El papel del sector público. Los ajustes fiscales y el servicio de la deuda han reducido significativamente los aportes presupuestarios disponibles para la inversión en infraestructura, por lo cual los gobiernos enfrentan una fuerte disyuntiva en la cual los objetivos de equilibrio fiscal y sustentabilidad de la deuda los llevan a contener el gasto en inversión lo cual afecta la tasa de crecimiento de la economía y por ende las cuentas fiscales y el nivel de endeudamiento (Lucioni, 2004: 16).

  Existe actualmente una legítima preocupación de los gobiernos de la región sobre la urgencia de revertir la tendencia hacia la baja de la inversión pública, en particular la referida a la infraestructura. Esto ha promovido diversas propuestas para incrementar la disponibilidad de recursos para financiar los requerimientos de infraestructura de los países de la región (Lucioni, 2004: 16-17).

  Las propuestas, se orientan, por un lado, a diferenciar, dentro de la contabilidad presupuestaria y análisis fiscal, los gastos en inversión de los gastos corrientes y, por otro lado, a promover mecanismos que estimulen la asociación pública privada para el financiamiento de la inversión (Lucioni, 2004: 17).

  La primera propuesta sugiere establecer metas para el balance fiscal corriente, excluyendo la inversión pública, en lugar de hacerlo con el balance global que incluye los gastos de capital y la segunda es una alternativa a la inversión pública tradicional que permitiría, a través del sector privado, incrementar el nivel de

inversión en infraestructura en un plazo relativamente corto distribuyendo las erogaciones de los gobiernos en el tiempo (Lucioni, 2004: 17).

- Políticas e instrumentos para impulsar la inversión para la provisión de servicios públicos. En un marco de restricción presupuestaria las posibilidades de los gobiernos de crear espacio fiscal para derivar recursos hacia la inversión son limitadas en el corto plazo sino existe de por medio una reformulación de la estructura del gasto que privilegie el desarrollo de determinados proyectos sobre otros gastos, por su parte, el sector privado se ha vuelto extremadamente selectivo en sus decisiones de inversión eligiendo solo algunos países y determinados proyectos (Lucioni, 2004: 32).

  Para los Bancos de Desarrollo reformular sus carteras de préstamos de manera de aumentar su asistencia para infraestructura requiere tiempo de análisis y evaluación de la factibilidad de los proyectos e incluso de negociación con los gobiernos prestatarios (Lucioni, 2004: 32).

  Todo esto abona la percepción de un lento camino para cerrar la brecha de necesidades de financiamiento en la región.

4. Calidad y eficiencia del gasto público

El análisis de la calidad del gasto público no puede limitarse solamente al nivel y composición del mismo, por lo que se necesita una mirada más amplia de las finanzas públicas en la medida en que éstas juegan un rol crucial en los objetivos del desarrollo (Armijo y Espada, 2014: 21).

La calidad del gasto se debe analizar desde su triple función: su contribución a los objetivos de política económica y a la estabilización macroeconómica; su eficiencia asignativa (si los gastos están basados en la efectividad de los programas públicos conforme a las prioridades de política); y su eficiencia operacional (la capacidad con la que se utilizan los recursos, es decir, si una vez asignados entre los distintos programas y proyectos, éstos son utilizados de la mejor manera para alcanzar los resultados) (Armijo y Espada, 2014: 21).

La eficiencia y eficacia del gasto público a mediano y largo plazo requiere, junto con los instrumentos de política fiscal, considerar los procesos, sistemas e instituciones que materializan ese gasto en políticas y programas públicos, que finalmente constituyen los bienes y servicios que se entregan a los usuarios para el logro de los objetivos de política (Armijo y Espada, 2014: 21).

En los últimos años, se ha buscado que el presupuesto juegue un rol más activo para vincular las prioridades de desarrollo establecidas en planes/agendas de gobierno con el gasto público. Los mecanismos privilegiados han sido (Armijo y Espada, 2014: 21-22):

- Las reglas fiscales.
- Los marcos de gasto de mediano plazo vinculados a la planificación nacional.
- La definición de objetivos estratégicos que expresan los resultados e impactos esperados por el gobierno y sus instituciones.
- Los cambios en las estructuras programáticas presupuestarias que faciliten la relación entre la producción pública y los resultados.
- La incorporación de información de desempeño (indicadores, evaluaciones, etc.) del presupuesto de las instituciones y programas públicos, articulados en mayor o menor medida en sistemas de monitoreo y evaluación de políticas y programas.

4.1. Mejorar el gasto público en salud

Para muchos gobiernos, la principal tarea es concentrar sus recursos y atención en compensar las deficiencias del mercado y financiar eficientemente servicios que beneficien en particular a los pobres. Esta tarea se puede enfrentar imprimiendo a las políticas varias orientaciones (ILDIS, 1994), por ejemplo:

- Reducción del gasto público en establecimientos de nivel terciario, formación de especialistas e intervenciones que aportan escasa mejora de la salud en relación con los fondos gastados (ILDIS, 1994).

- Financiamiento y aplicación de un conjunto de medidas de la salud pública encaminadas a hacer frente a las considerables externalidades que acompañan a la lucha contra enfermedades infecciosas, la prevención del SIDA, la contaminación del medio ambiente y comportamientos (conducir ebrio) que ponen a otros en peligro (ILDIS, 1994).

- Financiamiento y prestación asegurada de un conjunto de servicios clínicos esenciales. La amplitud y composición exactas del mismo solo la pueden determinar los propios países, tomando en cuenta las condiciones epidemiológicas, las preferencias locales y nivel de ingreso. En la mayoría de los países el financiamiento público – u ordenado por el sector público – del conjunto de servicios clínicos esenciales proporcionará un mecanismo políticamente aceptable para distribuir a los pobres tanto mejoras en cuanto a bienestar como un activo productivo, a saber, mejor salud (ILDIS, 1994).

- Mejoramiento de la gestión de los servicios de salud estatales, a través de medidas como la descentralización de facultades en materia administrativa y presupuestaria y la subcontratación de servicios (ILDIS, 1994).

5. Salud

La salud de las personas no es un fenómeno aislado y los mayores determinantes de la salud son de carácter social por lo que tiene una influencia importante en el crecimiento económico de una nación ya que actúa como motor de desarrollo (OPS, 2007).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), la salud "es el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Además implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales". Es decir la salud es un sistema integral, complejo y funcional que permite que el ser humano o individuo goce de bienestar y pueda desarrollarse en diferentes actividades de su vida diaria.

En salud se destacan determinantes sociales de relevancia como el ingreso económico, empleo, pobreza, educación, condiciones de vivienda, agua y saneamiento básico, ruralidad y algunas condiciones étnicas, culturales y de migración; que generalmente están interrelacionados y se concentran en grupos de población con privación de condiciones de vida saludable, vulnerables y excluidos, con menos oportunidad de acceso a los servicios de salud (OPS, 2012: 21).

Los determinantes anteriormente mencionados se encuentran frecuentemente considerados en los planes, agendas y estrategias que despliegan los países para buscar extender y fortalecer las políticas y protección social para apoyar a los grupos más necesitados, y evitar su eventual impacto negativo en salud (OPS, 2012: 21).

5.1. Salud pública

En la actualidad, el objetivo de la salud pública es el de mejorar la salud y el bienestar de la población lo que permite desarrollar decisiones de política pública que sean acordes a la realidad que enfrenta una nación. Las acciones de salud pública inciden sobre los determinantes sociales que condicionan el nivel de salud, sobre la prevención de epidemias y el control de enfermedades; sobre la protección contra riesgos ambientales, la prevención de daños a la salud, la promoción y el fomento de comportamientos saludables, la respuesta organizada y oportuna a los desastres, y la garantía de calidad y accesibilidad a los servicios públicos de salud (Muñoz F, López AD, Halverson P et al [2000] citado en Hernández y Lazcano, 2013).

Al hablar de salud pública no solamente se señala al ser humano ausente de enfermedad, sino como activo factor de producción y convivencia, para el mejoramiento de las

condiciones personales y las de la sociedad a la que pertenece, esto significa no solamente el compromiso de la propia persona y de la comunidad, obligadas a acciones permanentes de protección, sino una tarea decidida de los gobiernos, que deben proveer los programas, normas, planes y medios, con el concurso activo de la sociedad (Malagón – Londoño, [s.f.] citado en Malagón y Moncayo, 2011: 3-4).

Winslow (1923) citado en Hernández y Lazcano (2013) define la salud pública como la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y fomentar la buena salud física, por medio de los esfuerzos comunitarios organizados para el saneamiento ambiental, el control de las infecciones de la comunidad, la instrucción personal en los principios de la higiene individual, la organización del servicio médico y de enfermería para el diagnóstico temprano y la prevención de enfermedades, así como el desarrollo de la maquinaria social con la cual se asegure a cada persona un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.

La salud pública, se encuentra en permanente cambio y construcción, y en su concepción amplia se alimenta de los desarrollos de las ciencias actuales, tanto biológicas (genética, inmunología, fisiología, bioquímica, biología molecular, etc.), como humanas y sociales (psicología, psicoanálisis, economía política y derecho, demografía, epidemiología, etnología, antropología, sociología, medicina y psicología social, etc.) y otras ciencias relacionadas con factores de riesgo del ser humano, como las ingenierías de alimentos, química, ambiental, la farmacia, zoopatología, entre otras (Selva Velásquez Fandiño, s.f.citado en Malagón – Londoño y Galán Morera, 2002).

5.2. Economía de la Salud

En los últimos años, la salud y las políticas de salud han ocupado cada vez más espacio prominente en la agenda de la política pública de las naciones, así como en la agenda de las organizaciones internacionales más relevantes; esto puede ser explicado mediante los fenómenos a continuación descritos (Valencia, Bautista, Sosa et al, 2013):

- El tamaño que alcanzado el sector salud como sector económico;
- La importancia de los problemas económicos que enfrentan los particulares para mantener o recuperar la salud, que a su vez tiene un efecto sobre la agenda de las políticas públicas;
- El hecho de que muchos aspectos de la salud de la población tienen implicaciones considerables para el desarrollo económico de las sociedades.

Por tanto la economía de la salud se ocupa de estudiar la forma en la cual los recursos escasos son asignados para y dentro del sector salud (Valencia, Bautista, Sosa et al, 2013). Por otro lado, María de los Ángeles Rodríguez y Camilo Vidal en su artículo “Conceptos básicos de economía de la salud para el médico general” (2006: 524) mencionan que:

> La economía de la salud es la rama de la economía que estudia cómo se utilizan los recursos para satisfacer las necesidades de salud, ya sea en el contexto de un individuo o en el de un grupo de población. Se basa en las premisas de la economía (medir, comparar y administrar costos e insumos para obtener productos o consecuencias deseados) aplicadas a la producción en el campo de la salud. Abarca la prevención, curación y el pronóstico, con sus metas que deben estar enfocadas al cumplimiento de un servicio eficiente, con equidad y calidad. La unión debe ser tan completa que abarque incluso conceptos éticos.

Relación entre economía y salud. Se basa en la clara relación entre el desarrollo económico de una sociedad y el estado de salud de su población: naciones económicamente más desarrolladas gozan en general de un mejor estado de salud, este fenómeno ya se ha evidenciado mediante el estudio de Robert W. Fogel en demostrar que existía una relación fuerte entre los avances en materia de nutrición y salud y el desarrollo económico (Valencia, Bautista, Sosa et al, 2013).

El vínculo entre economía y salud también puede ser observado al comparar información proveniente de diversos lugares en un mismo momento del tiempo. Es decir, en un mismo momento histórico, los países económicamente más desarrollados muestran, en general, mejores niveles de salud entre su población (Valencia, Bautista, Sosa et al, 2013).

Causalidad entre economía y salud. Al existir una relación positiva entre el nivel de desarrollo económico y el nivel de salud de las sociedades, es necesario entender cuál es la relación causal del fenómeno ¿un mayor desarrollo económico determina un mejor estado de salud de la población o por el contrario, es un mejor estado de salud de la población el que impulsa el crecimiento económico de su sociedad? Si se conoce la cadena causal de este problema, se puede intervenir para impulsarla en aquellos países en los que no se ha observado aún una mejora suficientemente fuerte (Valencia, Bautista, Sosa et al, 2013: 264).

Entonces, ¿se deben enfocar los esfuerzos de las políticas públicas en impulsar el crecimiento económico esperando que esto tenga en el futuro un impacto sobre otros aspectos del bienestar de los hogares?, o por otro lado, ¿se debe mejorar el nivel de salud de las personas como medida de política de desarrollo, ya que la población en mejor estado de salud impulsará el crecimiento económico del país? (Valencia, Bautista, Sosa et al, 2013: 264).

Con las dos posiciones anteriormente descritas existen defensores en ambas posiciones. Por un lado, los científicos médicos o del área de salud se han inclinado por la direccionalidad economía – salud como la dominante. Por otro lado, un grupo de estudiosos, en su mayoría economistas, han explorado la causalidad opuesta: salud – desarrollo económico (Valencia, Bautista, Sosa et al, 2013: 264).

Asistencia sanitaria. La asistencia sanitaria según la OMS es, *"asegurar que cada paciente reciba los servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, y así lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y conducir a la máxima satisfacción del usuario del servicio"* (Malagón – Londoño [s.f.] citado en Malagón y Moncayo, 2011: 8).Las constituciones políticas consagradas en todos los países del mundo hablan del derecho a la salud que tienen los habitantes de una nación y la obligación de los Estados de proveer condiciones básicas, fundamentales para la preservación y conservación de la salud según Malagón – Londoño (s.f.) (citado en Malagón y Moncayo, 2011: 8).

La asistencia sanitaria es el resultado de un acto o hecho aislado pero, más frecuentemente, de una secuencia de actos, de duración y localización definidas, realizados gracias a un conjunto de medios humanos y materiales. Dentro de la denominación genérica de servicios sanitarios es obvio que se engloban un conjunto muy variado de prestaciones y cualquier intento de clasificación resultará problemático. Sin embargo los autores proponen realizar alguna delimitación de cuáles son los servicios que pretenden prestarse (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005):

- Servicio básico. Constituye la razón principal, la función o utilidad por la que el cliente acude al oferente. Es aquél que a los ojos del usuario identifica de forma clara y completa lo que busca. Así, el servicio básico del hospital es la atención médica en régimen de hospitalización (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

- Servicios periféricos. Son aquellos a los que se puede acceder por ser usuario del servicio de base. No son los que busca el usuario directamente, pero van a marcar de forma importante su satisfacción o insatisfacción. Se dividen en: asociados y complementarios. Los servicios asociados son aquellos que forman parte indisoluble del servicio básico; aquellas actividades indispensables, asistenciales y no asistenciales, para poder realizar el servicio básico. Los complementarios son aquellos que no resultan necesarios, pero se incorporan al paquete de servicios a fin de mejorarlo; son atributos del servicio que frecuentemente marcan la diferencia externa entre los distintos oferentes, estos aspectos son en buena parte comunes a casi cualquier servicio, sea o no médico, y tienen que ver más con el trato que recibe el cliente y su confort que propiamente con la salud (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

6. Calidad de los servicios de salud

La definición de calidad depende de la perspectiva de quien la define, según sus necesidades, conocimientos, expectativas, valores y recursos. La calidad, más que un

conjunto de características estáticas está vinculada a la percepción de las necesidades, que son cambiantes (ILDIS, 1994).

6.1. Evolución de los conceptos de calidad

- Deming (1979) define la calidad como hacer lo correcto, de manera correcta, con oportunidad.
- Donabedian (1980), la calidad del cuidado técnico consiste en la aplicación de la ciencia médica y su tecnología de una manera que aumente al máximo los beneficios para el cuidado de la salud sin aumentar los riesgos.
- Roemer y Montoya Aguilar, OMS (1988) atribuye el desempeño apropiado (acorde a las normas) de las intervenciones que se sabe son seguras, que puede costear la sociedad en cuestión y que tiene la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.
- Palmer (1989), provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario."

6.2. Definición de calidad de los servicios de salud

La calidad de los servicios de salud siempre ha aparecido como un intangible. En la actualidad, según sea el interés del autor, se han diseñado varias aproximaciones a su concepto. Por ejemplo, una reconocida es la del autor Avedis Donabedian, quien ha sido el pionero de este tema en el contexto de la salud y cuyos conceptos han tenido gran influencia en América Latina (Álvarez, 2012).

La calidad de los servicios de salud es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles, con los menores riesgos para el paciente. Estos mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos y a los valores sociales imperantes con que se cuenta para proporcionar la atención (Donabedian; 1986).

También se entiende por calidad en la prestación de servicios de salud, las características con que se prestan dichos servicios, la cual está determinada por la estructura y los procesos de atención que deben buscar optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario (Donabedian; 1986).

Además, la calidad técnica en los servicios de salud, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, de forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidades, por consiguiente, la medida en que

se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorables de riesgos y beneficios (Donabedian; 1986).

Por otro lado, la Organización Panamericana de Salud (1994) define la calidad en los servicios de salud como la satisfacción de necesidades razonables de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas, calidad sentida en los servicios de salud, es decir, la que está en la subjetividad de los usuarios y debe ser explicada y expresada por ellos; corresponde a la satisfacción razonable de su necesidad luego de la utilización de los servicios.

Estas definiciones señalan diferentes aspectos de la calidad y permiten tener una amplia visión de un concepto que ha ido evolucionando a través de los tiempos, por lo que algunos consideran que lo fundamental de la calidad como filosofía es satisfacer las necesidades del consumidor, aspecto en el que muchos no están de acuerdo porque el usuario no siempre es consciente de la calidad y actúa bajo la manipulación de propagandas; sin embargo, el grado de calidad y de la satisfacción del cliente depende de la cultura, la capacidad de pago, la calidad demandada, la calidad diseñada y la calidad realizada (Álvarez, 2015).

6.3. Atributos de la calidad

Para Álvarez (2015) se han identificado varios atributos de la calidad, algunos de ellos ya hacen parte del acervo del área. Se pueden determinar, según el esquema sistémico de entradas, atributos de estructura (oferta y demanda), de proceso y salidas (resultados, impacto) y de procesos de retroalimentación (control).

De estructura. En este sentido se consideran los elementos de oferta y demanda, la normatividad y todas aquellas variables que influyan directamente en el sistema. Los de mayor usos de manera continua por los auditores, pero no los únicos, son la infraestructura física, la dotación, los recursos humanos, la organización empresarial con la estructura orgánica y las funciones de las diferentes reparticiones y funcionarios (Álvarez, 2015).

- Adecuación: hace referencia a la relación entre los recursos (oferta) de la empresa o centro de atención con respecto a la demanda de los usuarios (Álvarez, 2015).

- Accesibilidad geográfica y física: es la disponibilidad geográfica del centro para que el usuario pueda acceder a este fácilmente. No debe quedar espacios que no brinden seguridad o sean lejanos para el usuario. Cada entidad discute, según sus condiciones, la lejanía en tiempos de acceso: se supone que no puede ser mayor de una hora y media para la atención básica. También hace referencia a la seguridad de las instalaciones internamente, de tal manera que por ejemplo en un hospital la consulta externa no puede quedar en un cuarto piso si no existe un ascensor (Álvarez, 2015).

- Comodidad o confort: las instalaciones físicas cumplen las normas arquitectónicas de adecuación física como ventilación, área suficiente, privacidad, ruido, limpieza y un ambiente humano agradable (Álvarez, 2015).

- Trato humano: hace referencia al manejo que le cliente interno debe tener con el cliente externo y en particular con el usuario, con el fin de proporcionarle la información adecuada de manera amable y respetuosa para ofrecerle un ambiente de confianza y seguridad (Álvarez, 2015).

De proceso. Los atributos que hacen referencia al proceso se refieren a las interrelaciones de las actividades y pueden catalogarse como de origen administrativo o asistencial. Un error que debe ser corregido es que ha existido un gran interés en la parte administrativa, olvidándose de la parte asistencial (Álvarez, 2015).

- Accesibilidad: es la disponibilidad de los recursos institucionales y la definición de los procedimientos que garantiza que los usuarios obtengan los servicios de salud que requieren, dentro del marco de responsabilidades legales de cada entidad. También se refiere a la posibilidad de obtener un servicio de salud según disposición geográfica o su costo. Cada sistema o servicio establece sus propios parámetros (Álvarez, 2015).

- Oportunidad: es la capacidad de satisfacción de la necesidad en salud de un usuario en el momento que ha solicitado el servicio, con los recursos adecuados y de acuerdo con la naturaleza y severidad de la patología, en el tiempo de respuesta adecuado. Se pueden identificar varias dimensiones de este atributo: una es el tiempo de la respuesta que la organización da en un momento determinado, también puede entenderse como la respuesta en tiempo de los profesionales para atender una solicitud. Este es un atributo que se expresa en un indicador de tiempo (Álvarez, 2015).

- Continuidad: es mantener la secuencia lógica, permanente y sin interrupciones de todas las acciones necesarias para brindar atención a un usuario con problemas o necesidad de salud, bajo el cuidado de un profesional o de un equipo de profesionales (Álvarez, 2015).

- Integralidad: es la atención amplia de la salud en sus aspectos de promoción y fomento, protección específica y tratamiento oportuno, delimitación del daño y rehabilitación de la enfermedad, de tal manera que al paciente se le maneje como un todo y no desde el punto de vista parcial (Álvarez, 2015).

- Suficiencia: es la disposición y organización de suministros y recursos para atender de forma integral las necesidades de salud de los usuarios, de tal manera que no falten elementos necesarios para la atención y para la recuperación de la salud (Álvarez, 2015).

- Racionalidad lógico – científica (racionalidad técnica): es la correcta utilización del conocimiento en salud y de la tecnología biomédica en un momento para resolver un problema específico con los criterios de enfoque lógico (eficiencia en el uso de la información para la toma de decisiones) y óptimo (eficacia, eficiencia y efectividad en el uso de los recursos) (Álvarez, 2015).

- Atención humanizada: es el respeto a los pacientes según sus derechos como tales y según los derechos humanos en general. También contempla la calidez y ternura del tratamiento y que se tengan en cuenta las individualidades culturales y religiosas de las personas (Álvarez, 2015).

- Pertinencia, seguridad, idoneidad y competencia profesional: son tres indicadores que señalan la correspondencia óptima entre los requerimientos, procedimientos y resultados alcanzados, así como la prestación de servicios de salud bajo condiciones que minimicen los riesgos para la salud de los usuarios. Remiten al conjunto de conocimientos y habilidades necesarias para la prestación de un servicio de salud, concordante con el tipo y complejidad del servicio prestado (Álvarez, 2015).

De resultados. Por un lado, el tributo de satisfacción del cliente busca la complacencia tanto del cliente externo, los trabajadores de la entidad y los profesionales que prestan los servicios como del cliente interno – paciente – con respecto a la prestación de servicios de la institución. Por otro, el impacto se refiere a los resultados que se obtuvieron con respecto a lo esperado (Álvarez, 2015).

6.4. Principios básicos del mejoramiento continuo de la calidad

Los principios básicos del mejoramiento continuo de la calidad comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección; deben ser vistos como un proceso centrado en el cliente y sus necesidades con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes (Ministerio de la Protección Social, 2007).

- Orientado al usuario (empatía): una institución está orientada definitivamente hacia el usuario cuando se logra producir los productos o servicios que ellos requieren; la implementación es fácil cuando se aplica el concepto de “empatía”, es decir, ponerse en el lugar del otro, imaginarse como son los usuarios y pensar como les gustaría recibir el servicio (MSP, 1997: 13).

- La calidad es lo primero: los usuarios deben percibir que proveer calidad es la prioridad en la institución y que ello se debe a que hay valores que la sustentan que son superiores a la consecución de dinero, poder o prestigio, incremento de ventas, reducción de costos, entre otros (MSP, 1997: 13).

- Necesidad de compromiso de la alta gerencia y unidad de propósito: existe un propósito único en todo el servicio de salud, armonizado por la visión de futuro de la institución y su deseo de servir a los usuarios (misión). Este principio orienta todas las decisiones de gerencia ya que implica la reeducación de los altos directivos del servicio de salud, puesto que si éstos son indiferentes al proceso y no participan, se puede desembocar en fracaso (MSP, 1997: 13).

- Satisfacción del usuario interno y externo: es necesario esforzarse por satisfacer a cabalidad los requerimientos del cliente (MSP, 1997: 14).

- Actuar en base a datos: empezar a desarrollar la práctica de exponer verbalmente, considerar y actuar no sobre suposiciones o conjeturas sin fundamento, sino sobre hechos y datos concretos (MSP, 1997: 14).

- Respuestas rápidas: los problemas tienen que ser resueltos a medida que aparecen. Cuando se ha resuelto resolver un problema, se debe implantar las soluciones en seguida, y controlar el nuevo nivel; esto implica también aprender de los errores, desarrollando acciones preventivas para que los errores no se repitan (MSP, 1997: 14).

- Acción orientada a lo vital y no hacia lo demasiado trivial: identificar y resolver el problema más crítico puesto que es prioritario (MSP, 1997: 14).

- Establecer estándares para el control de la calidad de los procesos: todo trabajo debe controlarse durante el proceso y no sólo en sus resultados. El resultado es un momento muy tardío para emprender cualquier acción correctiva, ya que la calidad se construye o integra durante el proceso (MSP, 1997: 14).

- Cada trabajador es su propio supervisor: debe existir control con libertad, el control está dirigido al método usado en el proceso de trabajo. Los empleados estandarizan los procesos y se aseguran que todos sigan los estándares, lo cual reduce la variación (MSP, 1997: 14).

- Respeto a los empleados como seres humanos: los empleados son el activo más valioso que existe en la institución. Hay que crear un ambiente de relajamiento y de calidad en el trabajo y por tanto debe conocer la importancia de su papel en el proceso de producción, cómo su trabajo influye en el de los otros empleados y aprender las técnicas para mejorar su propio desempeño (MSP, 1997: 14).

6.5. Perspectiva desde los oferentes de servicios de salud

Para las instituciones proveedoras de salud, la calidad usualmente está relacionada con la eficiencia y eficacia de sus programas. La eficacia está referida a la relación costo – producción de un servicio y, la eficacia, a la capacidad de resolver de manera adecuada y satisfactoria las necesidades de salud. Si se cumplen las condiciones de eficiencia y eficacia se obtiene un servicio efectivo, o de calidad (ILDIS, 1994).

Las metas institucionales, generalmente escritas en diversos informes, son reflejo de los deseos de calidad establecidos por las autoridades. Curiosamente, los instrumentos de evaluación que permitan comparar las metas con la calidad son poco comunes (ILDIS, 1994).

Para las instituciones de salud la calidad de los servicios se relaciona con un conjunto de indicadores como son: concentración, coberturas, buen manejo de las normas de atención de salud, orientación apropiada al paciente y trato del personal hacia el usuario (ILDIS, 1994).

Los trabajadores y profesionales de la salud perciben la calidad de los servicios de manera diferente. Además de cumplir con las metas y normas institucionales influye el grado de satisfacción personal y el desarrollo individual y colectivo que la institución puede brindarle. En este sentido, hay elementos subjetivos o relacionados con las organizaciones gremiales a las cuales pertenecen los trabajadores que pueden causar insatisfacción y desmejoran la calidad de los servicios tales como mejoras salariales, capacitación y participación (ILDIS, 1994).

6.6. Perspectiva desde los demandantes de servicios de salud

Para los usuarios, la calidad es el conjunto de características que le dan el máximo de satisfacción con total seguridad a lo que ellos fueron a buscar. La relación que existe entre los usuarios y los servicios de salud presenta problemas tales como: administrativos, económicos e ideológicos y expresan la percepción de los usuarios sobre los servicios (ILDIS, 1994).

Las expectativas de los usuarios se centran en la capacidad de los servicios para resolver sus problemas. Existen percepciones sobre los servicios que tienden a cambiar la intención de los usuarios de hacerse atender en ciertos lugares. Por ejemplo, el tiempo de espera, el trato, la inasistencia de los médicos, los resultados del tratamiento, etc. Estos problemas, aparentemente de fácil solución, conducen a desconfiar en los servicios y a reducir las coberturas esperadas de cada local (ILDIS, 1994).

Capítulo 1: Evolución de la asignación de recursos del Estado al sector Salud

En este capítulo, se realiza un análisis de los recursos asignados al sector salud en base al Presupuesto General del Estado con el fin de evidenciar su evolución y como esos recursos se han visto reflejados en la población. Se presenta información acerca de cómo el gobierno ha incrementado la asignación de recursos al aspecto social, en el cual se encuentra que el sector salud es uno de los puntos primordiales en la política pública del gobierno.

1. Inversión social periodo 2006 – 2014

La inversión social es la principal herramienta de política económica para influir en las condiciones de bienestar de la población y en el desarrollo social; esta representa los esfuerzos económicos del Estado, orientados a mejorar las condiciones para el desarrollo, promoción y creación de capital humano y capital social, a fin de elevar los niveles de vida y reducir la pobreza y la desigualdad (UNICEF, 2009: 2).

Desde la posesión del actual presidente Rafael Correa, el país ha notado cambios en cuanto a lo social y económico, esto debido a una mayor inversión por parte del Gobierno Central a sectores primordiales como la educación, salud, vivienda, trabajo e inclusión económica y social como se observa en el Cuadro N°1 (UNICEF, 2009).

Cuadro N° 1
Evolución del Presupuesto del Gobierno Central al Sector Social
(Valores Devengados en millones de dólares)

Detalle	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
EDUCACION*	923,2	1.190,8	1.911,3	2.817,2	3.049,0	3.568,0	3.867,3	4.666,9	4.792,2
INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL	282,3	518,5	661,4	844,2	1.067,9	1.162,6	1.149,8	1.365,3	1.259,4
TRABAJO	4,4	8,6	38,2	45,0	58,9	84,9	103,8	115,4	107,8
SALUD	332,4	428,3	880,1	921,7	1.153,3	1.307,8	1.678,7	2.007,9	2.200,5
VIVIENDA	53,1	178,6	464,9	235,9	213,7	217,4	449,8	803,5	733,6
TOTAL SECTOR SOCIAL	**1.595,4**	**2.324,7**	**3.955,9**	**4.864,0**	**5.542,8**	**6.340,7**	**7.249,4**	**8.959,0**	**9.093,5**

Fuente: Observatorio de la Política Fiscal
Elaboración: Ana Román

Además, el gasto en salud en Ecuador ha crecido sustancialmente en los últimos años, esto debido a las nuevas políticas públicas y al aumento en la inversión en el sector salud desde el 2007 por parte del gobierno del actual presidente; el cual ha puesto mayor prioridad en la

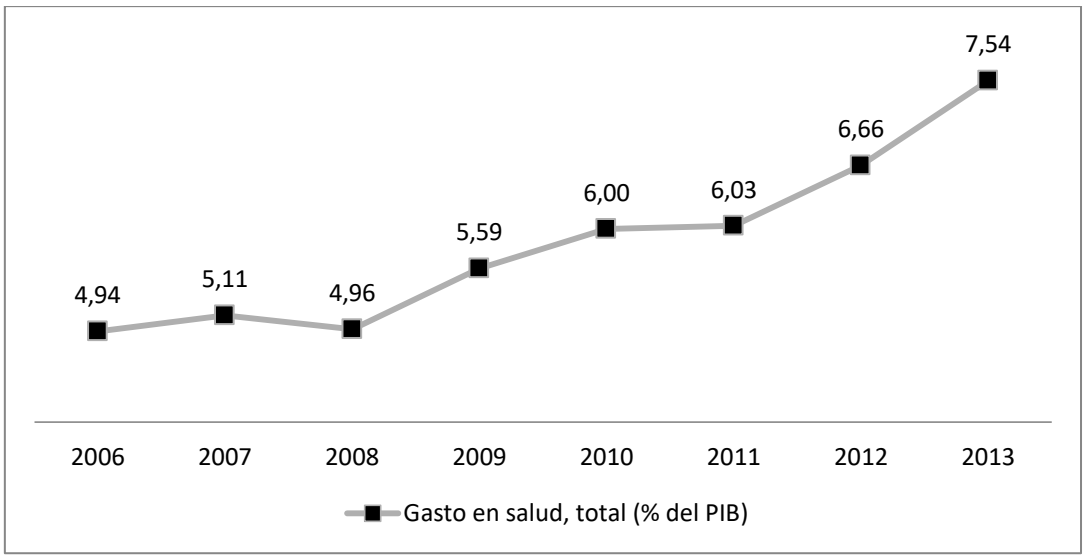
construcción, remodelación y ampliación de hospitales y centros de salud, así como también en la promoción y prevención de enfermedades al igual que invertir en capital humano (MSP, 2013).

Hasta el 2012, se ha intervenido en 212 unidades y para el 2016 se tiene previsto edificar 60 nuevos hospitales en todo el territorio con una planificación territorial de la infraestructura en función de las características geográficas y demográficas, de un análisis de oferta y demanda, con participación social y tomando en cuenta que se garantice que la ciudadanía cuente con una unidad de atención máximo a una hora de distancia (MSP, 2013).

El sector salud es uno de los sectores en los cuales el gobierno ha dado mayor prioridad ya que el presupuesto asignado a este sector ha ido incrementado cada año en relación al resto de sectores como por ejemplo Educación, esto se ha visto reflejado mediante la norma de la OMS que determina que cada país debe asignar al menos 6% del PIB al sector salud.

A continuación en el Gráfico N° 1 se presenta la evolución del porcentaje del PIB asignado al sector salud, el cual lo conforma el gasto público como privado, en el cual se evidencia que a partir del año 2010 el Ecuador cumple con la norma dada por la OMS.

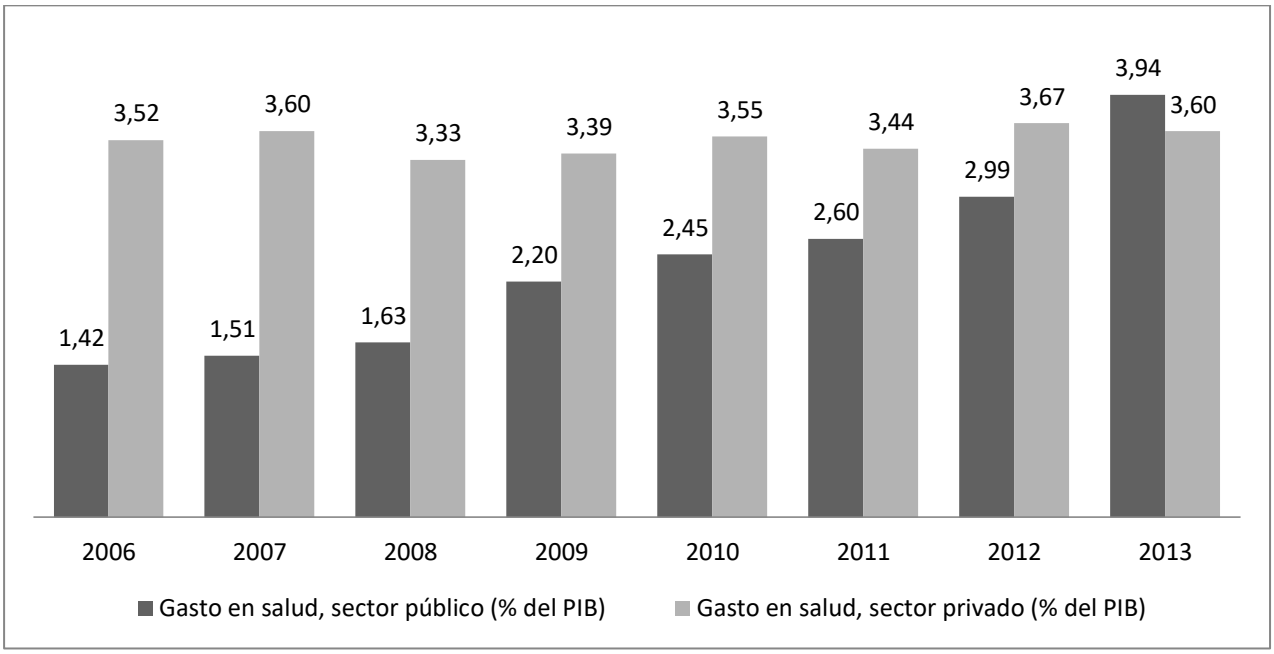
Gráfico N° 1
Gasto Total en Salud como porcentaje del PIB



Fuente: Banco Mundial
Elaboración: Ana Román

El Ecuador en comparación a otros países, se ha destacado por ser una de las naciones con mayor apoyo político desde el gobierno para la elaboración y ejecución de políticas públicas enfocadas en el fortalecimiento de la salud por la importancia que se da a la salud como un derecho, lo cual se evidencia en el Gráfico N° 2 en el cual se observa el gran interés del gobierno en el sector salud que ha sobrepasado al sector privado en los últimos años en cuanto a la asignación recursos teniendo así mayor porcentaje de participación del PIB (ANDES, 2014).

Gráfico N° 2
Gasto en Salud como porcentaje del PIB por sector



Fuente: Banco Mundial
Elaboración: Ana Román

2. Presupuesto General del Estado en Salud

El presupuesto asignado al sector salud ha mantenido una tendencia creciente durante los últimos años como se muestra en el Cuadro N° 2, lo que demuestra un compromiso fuerte por parte de las autoridades para el desarrollo de la sociedad ecuatoriana.

La ejecución presupuestaria consolidada para el sector salud entre los años 2006 – 2014 muestra un comportamiento marcadamente creciente. Mientras que para el año 2006 los recursos del sector salud ascendieron a USD 504 millones, para 2014 alcanzaron los USD 2,200 millones, es decir la asignación de recursos al sector salud en el Presupuesto General del Estado incrementó en USD 1,696 millones en ocho años.

Cuadro N° 2
Reporte de ejecución presupuestaria consolidada sectorial salud 2006 - 2014
(Millones de dólares)

AÑOS	INICIAL	CODIFICADO	DEVENGADO
2006	561.654.649,25	554.881.833,52	504.496.438,29
2007	594.637.977,41	723.467.129,24	606.438.372,82
2008	738.514.602,11	969.024.636,97	880.135.140,08
2009	1.057.151.275,37	983.238.829,09	921.649.568,30
2010	1.244.494.616,95	1.239.909.242,68	1.153.272.224,84
2011	1.414.669.211,04	1.475.673.902,25	1.307.786.559,71
2012	1.775.834.310,42	1.882.889.968,26	1.678.764.525,44
2013	1.775.834.310,42	2.146.412.668,61	2.007.946.187,64
2014	2.430.186.740,93	2.287.183.389,17	2.200.510.168,00

Nota:
Corresponde a información consolidada.
Periodo 2000 – 2008 corresponde al ámbito Gobierno Central.
A partir del año 2009 corresponde al ámbito PGE.
Incluye todas las fuentes de financiamiento.
Los valores iniciales de los años 2009 y 2013 corresponden a presupuestos prorrogados conforme la Constitución de la República.

Fuente: Ministerio de Finanzas – Dirección Nacional de Consistencia Presupuestaria.
Elaboración: Ana Román

3. Presupuesto Devengado en Salud por parte del Ministerio de Salud Pública

3.1. Año 2008

En el año 2008 la Dra. Caroline Chang estaba a cargo del Ministerio de Salud, desde que asumió el puesto como Ministra, dentro de su gestión inicio con la recuperación de la salud pública e instalo un proceso para la transformación del sistema de salud, en el cual buscaba eliminar la privatización de los servicios de salud para que de esta manera se pueda garantizar el acceso universal con equidad y gratuidad para toda la población (Chang, 2010).

El desinterés que existió en cuanto a la situación de la salud por parte de gobiernos anteriores provocó que la salud pública fuera un privilegio para quienes podían pagar por lo que se excluía a personas humildes y grupos vulnerables, además existía una débil rectoría y establecimientos en malas condiciones, con el actual gobierno se han ido evidenciando

cambios debido a la Constitución de 2008, aprobada en Montecristi en el cual la salud se convirtió en un punto primordial para el gobierno de turno (ANDES, 2015).

El Ministerio de Salud empezó a trabajar en la implementación de un modelo de atención integral basado en atención primaria en salud, de acuerdo con la nueva Constitución Política del Estado, en el cual la atención primaria es considerada un derecho, de esta manera el país ha podido iniciar el desarrollo en el ámbito de salud en el cual se ha ido invirtiendo recursos para mejorar la infraestructura, equipamiento médico y formación de capital humano (ANDES, 2015).

En los hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud la gratuidad en el área de consulta externa se oficializó el 2 de abril de 2007 y desde entonces el flujo de pacientes se elevó en un 20%, posteriormente también se declaró la gratuidad para cirugías de cadera y oftalmológicas (El Comercio, 2009).

Datos oficiales del Ministerio de Salud demuestran que en el periodo 2003 – 2007, el presupuesto se aproximaba cerca de los USD 250 y 300 millones, pero para el año 2008 el presupuesto se incrementó cerca de USD 900 millones (El Comercio, 2009).

Cuadro N° 3
Presupuesto Devengado Salud – MSP 2008
(Millones de dólares)

Tipo	Grupo – Ítem	USD
Corriente	Bienes de larga duración	17.964.142
	Gasto en personal	475.987.286
	Instalación, Mantenimiento y Reparaciones	14.285.797
	Medicinas y Productos Farmacéuticos	81.561.855
	Otro	86.833.760
	Servicios Médicos Hospitalarios y Complementarios	
	Total Corriente	**676.632.840**
Inversión	Bienes de larga duración	48.296.294
	Gasto en personal	5.500.072
	Instalaciones, Mantenimiento y Reparaciones	6.920.729
	Medicinas y Productos Farmacéuticos	51.594.711
	Obras de Infraestructura	10.123.088
	Otros (Consultoría, Servicios Básicos, Telecomunicaciones, Arriendos, etc.)	80.375.222
	Total Inversión	**202.810.116**
	TOTAL CORRIENTE E INVERSIÓN	**879.442.956**

Fuente: MSP – Informe de gestión presupuestaria 2014
Elaboración: Ana Román

3.2. Año 2009

En el año 2009, el presupuesto asignado al sector salud fue incrementándose progresivamente y canaliza más recursos económicos, en el cual el Ministerio de Salud en su nuevo plan de acción buscaba suplir las carencias existentes en los servicios de salud del país (El Comercio, 2009).

En este año se presentó la emergencia sanitaria para afrontar la gripe AH1N1, en el cual el Gobierno destinó USD 6 millones inicialmente pero al terminarse se utilizaría un fondo propio del Ministerio de Salud de USD 10 millones. Además se contrataría temporalmente 300 médicos y 200 enfermeras para extender la atención en los hospitales y centros de salud (El Comercio, 2009).

Por la emergencia de la gripe AH1N1 el Ministerio de Salud entregó equipamiento médico como camas para terapia intensiva, ventiladores, monitores multiparámetros, equipos portátiles de rayos X; por USD 900000 al Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito, además se entregó resucitadores cardiopulmonares y sillas de ruedas con lo que se mejorará la atención al público (El Comercio, 2009).

Un proyecto que se dio en el año 2009 fue ampliar la cobertura y para esto se puso en marcha diálogos para que los centros médicos manejados por las Fuerzas Armadas y la Policía atiendan gratuitamente a todas las personas civiles, dado que el artículo 360 de la Constitución de la República (2008) determina que *"la red pública integral de salud será parte del sistema nacional y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la Seguridad Social y con otros proveedores del Estado o que tengan vínculos jurídicos y operativos",* en cuanto al caso del IESS es un procedimiento distinto dado que es una institución autónoma (El Comercio, 2009).

Durante el 2009, el Ministerio de Salud se vio envuelto en conflictos por supuesto mal uso de los recursos del Estado denunciado por el asambleísta Leonardo Viteri ante la Contraloría, el cual denunció que en la adquisición de equipos existe un sobreprecio de USD 20 millones (El Comercio, 2010).

Entre los conflictos en los cuales se vio involucrado el Ministerio de Salud fueron la compra de sillas de ruedas, la adquisición del medicamento Tamiflu contra el AH1N1, las camas hospitalarias para atender la emergencia AH1N1, los equipos abandonados que se compraron de forma urgente y no operaron de inmediato, las ambulancias que se las adquirió como furgonetas (El Comercio, 2010).

Cuadro N° 4
Presupuesto Devengado Salud – MSP 2009
(Millones de dólares)

Tipo	Grupo – Ítem	USD
Corriente	Bienes de larga duración	20.851.572
	Gasto en personal	564.987.147
	Instalación, Mantenimiento y Reparaciones	15.593.249
	Medicinas y Productos Farmacéuticos	92.945.979
	Otro	82.062.399
	Servicios Médicos Hospitalarios y Complementarios	
	Total Corriente	**776.440.346**
Inversión	Bienes de larga duración	45.494.020
	Gasto en personal	6.905.798
	Instalaciones, Mantenimiento y Reparaciones	2.112.239
	Medicinas y Productos Farmacéuticos	45.302.358
	Obras de Infraestructura	15.423.135
	Otros (Consultoría, Servicios Básicos, Telecomunicaciones, Arriendos, etc.)	29.303.670
	Total Inversión	**144.541.220**
	TOTAL CORRIENTE E INVERSIÓN	**920.981.566**

Fuente: MSP – Informe de gestión presupuestaria 2014
Elaboración: Ana Román

3.3. Año 2010

A inicios del año 2010 comenzó a operar la Red Complementaria de Salud en Guayaquil, en el cual los usuarios del antiguo Plan de Aseguramiento Popular que estuvo a manos del Municipio de Guayaquil, recibirán atención médica gratuita, además funcionaría con un sistema de call center ya que tendría la capacidad de atender 2800 citas, es decir, 800 más que el antiguo Plan de Aseguramiento Popular, entre los cuales se encuentran los beneficiarios del bono de desarrollo humano (El Comercio, 2010).

Además el Ministerio de Salud propuso asumir el manejo integral del hospital pediátrico León Becerra de la ciudad del Guayaquil, esto fue motivado dado que el hospital presenta problemas como la falta de recursos, deudas, situación salarial de los trabajadores, los medicamentos e insumos médicos eran escasos, por lo que se propuso que el hospital pase a ser parte de la red pública (El Comercio, 2010).

La Ministra de Salud Caroline Chang el 20 de abril de 2010 puso fin a su gestión de más de 3 años al frente del Ministerio de Salud por pedido del presidente Rafael Correa, como reestructuración del equipo ministerial, para fortalecer su proyecto político, su reemplazo fue el Dr. David Chiriboga (El Universo, 2010).

Se asignó recursos para los hospitales y áreas de salud pública que presten el servicio de maternidad y atención a la infancia, las unidades locales que calificaron y recibieron dichos recursos fueron las provincias de Azuay, Chimborazo, El Oro, Esmeraldas, Guayas, Loja, Los Ríos, Pichincha, Santo Domingo de los Tsáchilas y Tungurahua; esto se realizó mediante un proyecto presentado a la Secretaría Nacional de Planificación (Senplades) (El Comercio, 2010).

El Estado invirtió USD 12 millones en la adquisición de 857304 dosis para la vacunación gratuita contra el neumococo. Según el ministro de salud David Chiriboga, cada año se atiende un promedio de 12000 niños menores de un año con enfermedades causadas por la bacteria y que en el país 500 niños mueren por la bacteria del neumococo al año. Con esto se busca reducir en un 60% el número de hospitalizaciones generadas por esta causa (El Comercio, 2010).

En este año también se puso en marcha la nueva Ley Orgánica de Servicio Público (LOSEP), en la cual todo empleado público de edad igual o mayor a 70 años debe ser cesado según el artículo 81 de dicha ley, por lo que existió una gran cantidad de despidos en el sector salud (El Comercio, 2010).

Con una inversión de USD 170.000 en la adquisición nuevos equipos se abrió nuevamente el Banco de Ojos del hospital Abel Guilbert Pontón para atender a pacientes que necesiten donaciones de córneas en la Costa, el cual fue inaugurado por el ministro de Salud. Este es el tercer hospital de esta clase dado que ya existe uno en Quito y otro en Cuenca (El Universo, 2010).

Cuadro N° 5
Presupuesto Devengado Salud – MSP 2010
(Millones de dólares)

Tipo	Grupo – Ítem	USD
Corriente	Bienes de larga duración	9.554.961
	Gasto en personal	671.872.195
	Instalación, Mantenimiento y Reparaciones	14.113.933
	Medicinas y Productos Farmacéuticos	96.774.673
	Otro	102.038.808
	Servicios Médicos Hospitalarios y Complementarios	
	Total Corriente	**894.354.570**
Inversión	Bienes de larga duración	17.663.597
	Gasto en personal	44.803.757
	Instalaciones, Mantenimiento y Reparaciones	1.628.604
	Medicinas y Productos Farmacéuticos	82.728.554
	Obras de Infraestructura	19.167.116
	Otros (Consultoría, Servicios Básicos, Telecomunicaciones, Arriendos, etc.)	92.225.356
	Total Inversión	**258.216.984**
	TOTAL CORRIENTE E INVERSIÓN	**1.152.571.554**

Fuente: MSP – Informe de gestión presupuestaria 2014
Elaboración: Ana Román

3.4. Año 2011

El 10 de enero de 2011, el presidente, Rafael Correa, declara el estado de emergencia sanitaria para poder cubrir el aumento de la demanda, por lo cual se dio una reordenación presupuestaria y el incremento de algunos impuestos con el objetivo de renovar instalaciones y dotarlas de los suficientes recursos tanto en personal sanitario, equipos médicos, medicamentos así como también habilitar nuevos centros (*"Ecuador declara el estado de emergencia sanitaria",* 2011).

Para la intervención sanitaria de emergencia se anunció que se destinarían USD 106 millones y al proyecto de extensión de la red de salud, USD 300 millones para comprar instalaciones y hospitales privados, para un total de USD 406 millones en el año 2011 (*"Ecuador declara el estado de emergencia sanitaria",* 2011).

La emergencia sanitaria se prolongó 30 días más mediante decreto ejecutivo 795 firmado por el presidente Rafael Correa por pedido del Ministro de Salud, David Chiriboga para resolver los problemas se subsisten en los hospitales de la red pública del país, es especial en los hospitales: Eugenio Espejo, Baca Ortiz y Pablo Arturo Suarez pertenecientes a la

ciudad de Quito; Francisco Ycaza Bustamante y Abel Gilbert Pontón, de Guayaquil; Verdi Cevallos Balda, de Portoviejo; Delfina Torres de Concha, de Esmeraldas; Alfredo Noboa Montenegro, de Guaranda; José María Velasco Ibarra, de Tena y Teófilo Dávila, de Machala (El Comercio, 2011).

Las declaratorias de emergencia en el país se han dado por el incremento de la demanda, esto se ha generado dado que los servicios de salud pública son gratuitos y en cuatro años de la gestión del gobierno las atenciones pasaron de 14 millones a 36 millones, en lo cual se ha gastado USD 128527248 (El Comercio, 2011).

Además el Ministro de Salud tenía previsto la construcción de varios hospitales en un tiempo aproximado de seis meses que beneficiarían a siete provincias del país, adquisición de ambulancias, incorporar clínicas privadas a la red pública de salud y una inversión de USD 150 millones para mejorar la red primaria de salud para resolver el 85% de los problemas de salud de los subcentros (El Comercio, 2011).

Como parte de la emergencia sanitaria el gobierno adquirió dos hospitales móviles por los cuales se pagó más de USD 35 millones, los cuales recorrerán distintos puntos del país (El Comercio, 2011).

También se dispuso la compra emergente de medicamentos anti-hemofílicos por un valor de USD 1296750 para cubrir el desabastecimiento de medicinas para los tratamientos de pacientes con hemofilia, además el Ministerio de Salud estructuró el Programa Nacional de Hemofilia y Cuagulopatías, en el cual además de la compra de medicamentos se realizaría un manejo integral desde la educación, prevención y sobre todo en la complicación de los pacientes que se encuentran diagnosticados (El Comercio, 2011).

Cuadro N° 6
Presupuesto Devengado Salud – MSP 2011
(Millones de dólares)

Tipo	Grupo – Ítem	USD
Corriente	Bienes de larga duración	30.912.615
	Gasto en personal	689.346.988
	Instalación, Mantenimiento y Reparaciones	16.160.956
	Medicinas y Productos Farmacéuticos	98.000.506
	Otro	140.800.113
	Servicios Médicos Hospitalarios y Complementarios	
	Total Corriente	**975.221.178**
Inversión	Bienes de larga duración	23.204.832
	Gasto en personal	82.422.306
	Instalaciones, Mantenimiento y Reparaciones	6.641.114
	Medicinas y Productos Farmacéuticos	114.462.213
	Obras de Infraestructura	13.816.403
	Otros (Consultoría, Servicios Básicos, Telecomunicaciones, Arriendos, etc.)	91.400.928
	Total Inversión	**331.947.796**
	TOTAL CORRIENTE E INVERSIÓN	**1.307.168.974**

Fuente: MSP – Informe de gestión presupuestaria 2014
Elaboración: Ana Román

3.5. Año 2012

A inicios del año 2012, David Chiriboga, renunció al cargo como ministro de Salud por las fuertes críticas que recibió por parte del presidente Rafael Correa, por problemas que se evidenciaron en el Hospital Baca Ortiz de Quito (El Comercio, 2012).

Durante la gestión de David Chiriboga como ministro enfrentó algunos problemas como la muerte de neonatos en el Hospital Francisco Ycaza, de Guayaquil; la emergencia sanitaria decretada en el año 2011 y la polémica por la compra de los hospitales móviles por USD 35 millones (El Comercio, 2012).

Ese mismo mes, el Primer Mandatario encargó a la magister Carina Vance la administración y gestión del Ministerio de Salud Pública, tras la renuncia de David Chiriboga. El 22 de agosto de 2012, el Presidente de la República, Rafael Correa, posesionó a Carina Vance como Ministra de Salud Pública, quien se desempeñaba como subsecretaria de Planificación del Ministerio de Salud (MSP, 2012).

Como parte de la gestión de la Ministra de Salud está: establecer un nuevo modelo de gestión hospitalaria, fortalecer las políticas públicas de salud, disminuir los tiempos de espera y brindar infraestructura adecuada a la población (Gersberg, s.f.).

La Ministra de Salud tenía como objetivo repatriar a profesionales de la salud que se encuentran en el extranjero, para esto se puso en marcha varios concursos de méritos y oposiciones para otorgar nombramientos a los médicos (anestesiología, radiología, cardiología y traumatología), enfermeras y demás profesionales de salud y de esta manera lograr estabilidad laboral para este sector (El Comercio, 2012).

Además, también pondría énfasis en la construcción de nuevas unidades médicas así como también en hospitales para cumplir con el ideal de 2 camas por cada 1000 habitantes (El Comercio, 2012).

El Hospital del Niño Dr. Francisco Ycaza Bustamante puso al servicio de los ciudadanos y ciudadanas la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) que constituye una obra emblemática para el país que se ejecutó desde noviembre de 2011 y culminó en mayo de 2012; está unidad tiene una inversión de 5’944.576,20 dólares y cuenta con cinco termocunas de cuidados intensivos, veinte termocunas de cuidados intermedios y cinco de cuidados mínimos, también con cuarenta respiradores y diez monitores para sistema de óxido nítrico (MSP, 2012).

Un programa a desarrollarse es el fortalecimiento de la atención primeria de salud escolar y la salud de los adolescentes, por ello tanto el Ministerio de Salud y Educación diseñan un esquema de atención de salud preventivo durante el año, por lo cual el Ministerio de Educación ha decidido no exigir el certificado de salud como requisito para la matricula, pues el proceso se reemplazará con la actividad coordinada directamente con las instituciones educativas y los centros de salud (ANDES, 2012).

El Ministerio de Salud inició una convocatoria para 600 médico generales que laboren en las unidades del Ministerio de Salud Pública para el programa de posgrados en Medicina Familiar y Comunitaria sin importar su tiempo de vinculación laboral, el Ministerio dispuso una inversión de más de USD 200 millones para formar médicos familiares y de esta manera fortalecer el primer nivel de atención (El Comercio, 2012).

Cuadro N° 7
Presupuesto Devengado Salud – MSP 2012
(Millones de dólares)

Tipo	Grupo – Ítem	USD
Corriente	Bienes de larga duración	22.534.645
	Gasto en personal	861.745.592
	Instalación, Mantenimiento y Reparaciones	24.401.669
	Medicinas y Productos Farmacéuticos	123.466.817
	Otro	207.083.340
	Servicios Médicos Hospitalarios y Complementarios	14.899.119
	Total Corriente	**1.254.131.182**
Inversión	Bienes de larga duración	53.611.989
	Gasto en personal	116.719.786
	Instalaciones, Mantenimiento y Reparaciones	6.339.334
	Medicinas y Productos Farmacéuticos	131.791.602
	Obras de Infraestructura	54.612.351
	Otros (Consultoría, Servicios Básicos, Telecomunicaciones, Arriendos, etc.)	87.590.278
	Total Inversión	**450.665.340**
	TOTAL CORRIENTE E INVERSIÓN	**1.704.796.522**

Fuente: MSP – Informe de gestión presupuestaria 2014
Elaboración: Ana Román

3.6. Año 2013

Los cambios que se han dado en el desarrollo social del Ecuador en el periodo 2007-2012 fueron potentes, en la rendición de cuentas del sector social los datos expuestos destacaron que existen aproximadamente 140 hospitales de la Red Pública de Salud, se construyen 22 nuevos hospitales y otros 24 están en proceso de remodelación; además, la planificación de salud también incluye 950 centros de salud a nivel nacional, con un estándar de 2 camas por cada mil habitantes (ANDES, 2013).

El Ministerio de Salud Pública inauguró el Centro de Apoyo Integral para Jóvenes contra el Cáncer que beneficiará a los niñas, niños y adolescentes diagnosticados con esta enfermedad en la ciudad de Quito y a nivel nacional, este será un lugar de estancia para los pacientes que residan en lugares alejados o que por su condición económica no puedan asistir con regularidad a los centros de atención médica, de esta manera se podrá garantizar la continuidad en los tratamientos (MSP, 2013).

Los desechos hospitalarios han sido otra preocupación por parte del Ministerio de Salud, el cual ha llevado a cabo en la ciudad de Guayaquil una planta de desechos infecciosos en el relleno sanitario “Las Iguanas” con una inversión de USD 1280307,60, este proyecto se lo

realizó primero en la ciudad de Guayaquil dado que produce el 30% de los residuos hospitalarios a nivel nacional (MSP, 2013).

La ministra de Salud indicó que en la provincia de Chimborazo se construirán 31 centros de salud con una inversión aproximada de USD 42 millones, además se edificará una unidad de salud que adicionalmente será un centro de salud asistencial docente en los terrenos donados por la Espoch con una inversión de USD 4,5 millones (MSP, 2013).

El Ministerio de Salud dio a conocer la aprobación del proyecto de la creación del banco público de sangre de cordón umbilical con una inversión de USD 3,4 millones, que esta direccionado de manera gratuita a personas que requieran trasplantes de médula ósea y que no cuenten con un donante compatible entre su familia (El Comercio, 2013).

La principal cartera de Estado, resaltó que en su administración se han entregado 291 ambulancias totalmente equipadas para ser incorporadas al sistema de atención primario; las cuales funcionan las 24 horas de día, 7 días a la semana y 365 días al año (MSP, 2013).

La red de atención pública de salud sigue en marcha puesto que se integró el Seguro Social Campesino que cuenta con 655 centros a escala nacional, por lo que las personas que forman parte del Seguro Social Campesino podrán ser atendidas en los centros del IESS y en la red de atención del Ministerio de Salud, al igual que la entrega de medicinas por lo que se revisó el cuadro básico de medicamentos en donde se afirmó que ningún fármaco de ninguna enfermedad ha quedado desprotegido (El Comercio, 2013).

Además, Ecuador continúa elaborando políticas que permitan disminuir la mortalidad materna e infantil y erradicar las enfermedades endémicas, así como promover ejes de prevención en enfermedades no transmisibles como la hipertensión, el cáncer, enfermedades cardiacas y diabetes; mejorar la solvencia de atención en enfermedades catastróficas como el VIH Sida; y fortalecer el acceso a servicios médicos de calidad en temas de salud sexual y reproductiva (ANDES, 2013).

Cuadro N° 8
Presupuesto Devengado Salud – MSP 2013
(Millones de dólares)

Tipo	Grupo – Ítem	USD
Corriente	Bienes de larga duración	14.093.468
	Gasto en personal	1.020.591.268
	Instalación, Mantenimiento y Reparaciones	23.423.671
	Medicinas y Productos Farmacéuticos	201.875.650
	Otro	219.662.741
	Servicios Médicos Hospitalarios y Complementarios	107.247.455
	Total Corriente	**1.586.894.253**
Inversión	Bienes de larga duración	116.151.905
	Gasto en personal	113.980.290
	Instalaciones, Mantenimiento y Reparaciones	2.912.537
	Medicinas y Productos Farmacéuticos	75.229.694
	Obras de Infraestructura	156.164.921
	Otros (Consultoría, Servicios Básicos, Telecomunicaciones, Arriendos, etc.)	78.842.172
	Total Inversión	**543.281.519**
	TOTAL CORRIENTE E INVERSIÓN	**2.130.175.772**

Fuente: MSP – Informe de gestión presupuestaria 2014
Elaboración: Ana Román

3.7. Año 2014

Desde que el brote del virus del ébola se expandió en el año 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el ébola una emergencia sanitaria mundial, por lo que una de las principales recomendaciones gira en torno a la aplicación adecuada de los protocolos de bioseguridad. En Ecuador se puso en marcha el plan de prevención del virus del ébola en el cual adquirió trajes protectores, así mismo realizó capacitación a los profesionales del área de salud y se adecuó un área especial en el Hospital Pablo Arturo Suárez para atender casos de ébola en la ciudad de Quito y para el caso de Guayaquil, el Hospital de Infectología (García, 2014).

Se presentó el Plan Estratégico Nacional y Modelo de Atención de Salud Mental en el que se incorpora el componente de Atención Integral a Usos y Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas, en el cual se busca que las personas que sufren por el consumo problemático de alcohol y drogas reciban una atención efectiva que respete su dignidad, considerando aspectos como el entorno familiar y social (MSP, 2014).

El país ha inaugurado 11 hospitales desde el año 2011 al 2014 y se están construyendo 10 unidades más. Además el país se encuentra en un proceso de acreditación internacional de

hospitales públicos, para garantizar que cuenten con estándares de calidad y calidez (MSP, 2015).

El incremento en recursos para el sector salud se refleja en mejoras salariales, entrega de becas, nuevos equipos y hospitales, y otros incentivos que han permitido que los profesionales de la salud adquieran experiencia, esto se ha visto evidenciado en un aumento importante de 5523 médicos en 2008 a 12413 para el 2015 (MSP, 2015).

En 2013 se invirtió 276 millones de dólares en medicamentos, destacando el área de oncología. En 2014 el reto consiste en crear una planta farmacéutica pública articulada a procesos de investigación e innovación con la Universidad Yachay (ANDES, 2014).

Para el año 2015 se anunció el proyecto de Código Orgánico de la Salud el cual pretende mejorar la institucionalidad del sistema de salud y controlar adecuadamente el presupuesto, para conseguir este objetivo se crea la Agencia de Control del Servicio de Salud que se encargará de la supervisión de todos los hospitales, entre ellos los del seguro social, privados y de la Policía y Fuerzas Armadas (ANDES, 2015).

Además, se creará el Fondo Nacional de Salud que permitirá el correcto uso del presupuesto de cada unidad sanitaria de acuerdo al número de pacientes y de prestaciones que brinda (ANDES, 2015).

La Ministra de Salud Aunque afirma que existe mucho por trabajo por hacer, ratifica que hay una mejora evidente en comparación al sistema de salud que tenía Ecuador años atrás. “No se puede mirar la gestión del Ministerio de Salud Pública como un hecho aislado hay que entender los avances en el contexto del proyecto de la Revolución Ciudadana, aquí está planteada una visión clara de la importancia de la salud como un derecho y no como una mercancía”, sostuvo (ANDES, 2014).

Cuadro N° 9
Presupuesto Devengado Salud – MSP 2014
(Millones de dólares)

Tipo	Grupo – Ítem	USD
Corriente	Bienes de larga duración	12.816.754
	Gasto en personal	1.124.064.195
	Instalación, Mantenimiento y Reparaciones	21.898.906
	Medicinas y Productos Farmacéuticos	262.040.177
	Otro	277.268.365
	Servicios Médicos Hospitalarios y Complementarios	157.602.054
	Total Corriente	**1.855.690.451**
Inversión	Bienes de larga duración	57.481.951
	Gasto en personal	46.651.947
	Instalaciones, Mantenimiento y Reparaciones	8.537.890
	Medicinas y Productos Farmacéuticos	81.872.211
	Obras de Infraestructura	249.842.421
	Otros (Consultoría, Servicios Básicos, Telecomunicaciones, Arriendos, etc.)	107.746.145
	Total Inversión	**552.132.565**
	TOTAL CORRIENTE E INVERSIÓN	**2.407.823.016**

Fuente: MSP – Informe de gestión presupuestaria 2014
Elaboración: Ana Román

Capítulo 2: Servicios de salud pública en el cantón de Quito

En este capítulo se presenta la situación de los servicios de salud pública en el cantón Quito en el cual se realiza un estudio desde de la oferta y demanda de servicios de salud en base a las encuestas realizadas por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos en cuanto a estadísticas de salud como lo son Actividades y Recursos de Salud (INEC, 2013) y Camas y Egresos Hospitalarios (INEC, 2014), con el fin de evidenciar aspectos como ¿Cuántos establecimientos de salud pública existen en el cantón Quito? ¿Cuántos médicos laboran en estos establecimientos de salud? entre otros que se analizarán a continuación.

1. Análisis de situación actual de los servicios del Ministerio de Salud Pública en Quito

Según datos del Censo de Población del año 2010 realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el Distrito Metropolitano de Quito cuenta con 2.239.191 habitantes, de los cuales 1.150.380 son mujeres y 1.088.811 hombres.

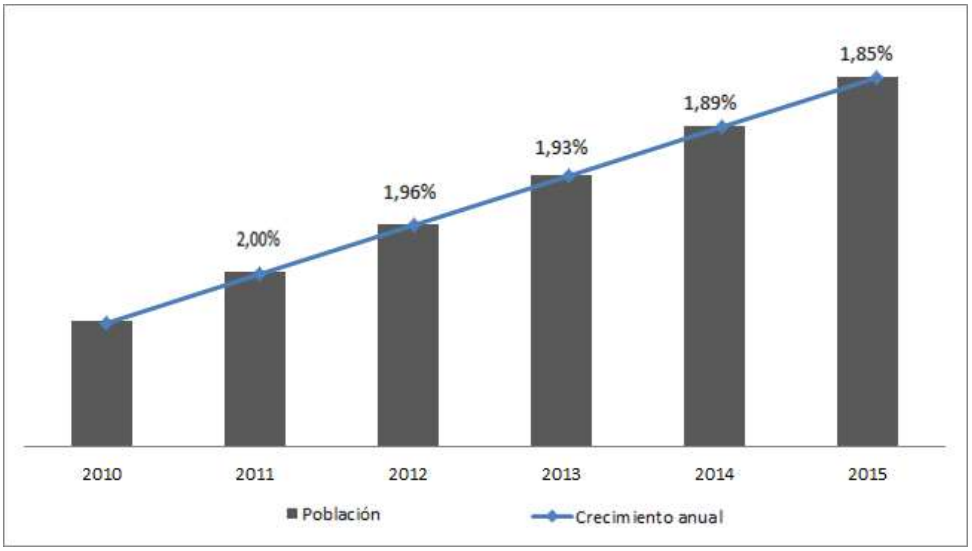
Cuadro N° 10
Población del Distrito Metropolitano de Quito

Descripción	TOTAL DISTRITO	Urbano	Disperso	Rural
Población	2.239.191	1.609.418	9.115	620.658

Fuente: Población e Indicadores del Distrito Metropolitano de Quito
Elaboración: Ana Román

Para el año 2015 el cantón Quito cuenta con 2.551.721 habitantes según proyecciones del INEC, es decir la población aumentó en aproximadamente un 10% desde el censo realizado en el 2010. El incremento de la población en el cantón Quito hizo que el Gobierno como el Ministerio de Salud adopten medidas para que los servicios que brindan cubran a la mayor parte de la población y de esta manera satisfacer las necesidades de salud.

Gráfico N° 3
Proyección de la población del cantón Quito 2010 – 2015



Fuente: INEC - Proyección de la población ecuatoriana, por años calendario, según cantones.
Elaboración: Ana Román

1.1. Oferta de servicios de salud

El actual gobierno busca mejorar el sector salud que fue olvidado por los gobiernos anteriores y como parte de su política tiene como objetivo proveer servicios de salud acorde a las necesidades de la población, es por esto que se ha visto en la necesidad de crear nuevos hospitales, mejorar los ya existentes, dotar de personal capacitado tanto en hospitales como en los demás establecimientos de salud pública, equipar y dar mantenimiento constante para mejorar la atención médica en todos los niveles de salud (MSP, 2013).

1.1.1. Establecimientos

En el Cuadro N° 12 se observa cómo se distribuye los establecimientos de salud en el cantón Quito. El cantón Quito cuenta con 158 establecimientos de salud pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, entre los más representativos y los cuales la población concurre más, son: el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Hospitales Generales como el caso de Pablo Arturo Suárez y Enrique Garcés de la misma manera el Hospital Gineco - Obstétrico Maternidad Isidro Ayora, entre otros; cabe recalcar que la mayor parte de establecimientos de salud es conformado por los Subcentros de Salud ya que solo en Quito se localizan 118 de estos.

Es necesario mencionar que el gobierno mediante el Ministerio de Salud Pública ha logrado invertir gran cantidad de recursos para financiar la construcción de nuevos hospitales tanto ala norte como al sur de la ciudad y su vez a repotenciado hospitales ya existentes para aumentar la capacidad de atención y brindar un servicio con calidad y calidez (MSP, 2015).

Cuadro N° 12
Establecimientos del Ministerio de Salud en el cantón Quito 2013

Descripción	Total
Hospital Básico	2
Hospital General	2
Hospital Gineco-Obstetrico	1
Hospital Pediátrico	1
Hospital Psiquiátrico y Sanatorio de Alcóholicos	2
Hospital Dermatológico (leprocomios)	1
Hospital Geriátrico	1
Hospital de Especialidades	1
Puesto de Salud	3
Suncentro de Salud	118
Centro de Salud A	20
Centro de Salud B	2
Centro de Salud C	2
Otros establecimientos sin internación	2
Total	158

Fuente: INEC – Encuesta de Actividades y Recursos de Salud 2013.
Elaboración: Ana Román

1.1.2. Personal de salud

En cuanto a personal tanto médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería en el cantón Quito laboran 2.178 médicos en los establecimientos del Ministerio de Salud, 1.537 enfermeras y 1.450 auxiliares de enfermería, la mayor parte de este tipo de personal labora en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, seguido por los dos Hospitales Generales Pablo Arturo Suárez y Enrique Gárces y el Hospital Pediátrico Baca Ortiz. De igual manera los Centros y Subcentros de Salud abarcan gran parte del personal en cuanto médico, como se observa en el Cuadro N°13.

El Ministerio de Salud se ha comprometido en aportar en la formación de nuevos profesionales de salud de alto nivel en convenios con universidades con la finalidad de garantizar cobertura de servicios y niveles de calidad, además de mejorar los salarios de los profesionales de la salud, todo esto dentro del proceso de valorización de las profesiones de salud que lleva el gobierno, en el contexto de la transformación radical de la salud (MSP, 2015).

Cuadro N° 13
Personal en establecimientos del Ministerio de Salud en el cantón Quito 2013

Descripción	Médicos	Enfermeras	Auxiliares de Enfermería
Hospital Básico	42	23	25
Hospital General	428	361	450
Hospital Gineco-Obstetrico	98	185	145
Hospital Pediátrico	327	311	141
Hospital Psiquiátrico y Sanatorio de Alcóholicos	21	15	97
Hospital Dermatológico (leprocomios)	29	5	27
Hospital Geriátrico	21	23	20
Hospital de Especialidades	592	353	412
Puesto de Salud	4	0	3
Suncentro de Salud	302	114	64
Centro de Salud A	264	127	63
Centro de Salud B	7	5	1
Centro de Salud C	41	13	2
Otros establecimientos sin internación	2	2	0
Total	2178	1537	1450

Fuente: INEC – Encuesta de Actividades y Recursos de Salud 2013.
Elaboración: Ana Román

1.1.3. Número de ambientes físicos

El compromiso desde el Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud Pública es el de garantizar el derecho a la salud pública gratuita y de calidad, por tanto busca adecuar mejores instalaciones en la mayor parte de establecimientos de salud pública en el cantón Quito. Los ambientes físicos comprenden las salas de operaciones, salas de cuidados intensivos, salas de cuidados intermedios y las salas de partos. En el Cuadro N° 14 se observa que el mayor número de ambientes físicos se localizan en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en la Maternidad Isidro Ayora, Hospital Pediátrico Baca Ortiz y en los Hospitales Generales Pablo Arturo Suárez y Eugenio Espejo, esto debido al nivel de atención que estos establecimientos comprenden.

Cuadro N° 14
Ambientes físicos en establecimientos del Ministerio de Salud en el cantón Quito 2013

Descripción	Número de ambientes físicos
Hospital Básico	3
Hospital General	21
Hospital Gineco-Obstetrico	18
Hospital Pediátrico	10
Hospital Psiquiátrico y Sanatorio de Alcóholicos	0
Hospital Dermatológico (leprocomios)	0
Hospital Geriátrico	0
Hospital de Especialidades	16
Puesto de Salud	0
Suncentro de Salud	0
Centro de Salud A	6
Centro de Salud B	0
Centro de Salud C	2
Otros establecimientos sin internación	0
Total	76

Fuente: INEC – Encuesta de Actividades y Recursos de Salud 2013.
Elaboración: Ana Román

1.1.4. Número de equipos

Con la implementación de equipos en los establecimientos de salud pública se busca fortalecer el servicio brindado a la ciudadanía con la mejor tecnología, es decir se plantea como estrategia mejorar la capacidad resolutiva en atención, prevención y promoción mediante las herramientas necesarias (MSP, 2012). Estos comprenden equipos de: anestesia, monitores, electrobisturí, electrocauterio, lámpara cielítica, coche de paro, coche de cardioreanimación, fibrilación, laparoscopía, laser, respirador, succionador, mesas ginecológicas, cunas de calor radiante, termocunas, incubadoras normales, incubadoras de transporte y otros; como ocurre en los casos anteriores la mayor parte de estos equipos se encuentran en los hospitales más distintivos de Quito (Cuadro N°15).

Cuadro N° 15
Equipos en establecimientos del Ministerio de Salud en el cantón Quito 2013

Descripción	Número de equipos
Hospital Básico	43
Hospital General	407
Hospital Gineco-Obstetrico	215
Hospital Pediátrico	386
Hospital Psiquiátrico y Sanatorio de Alcóholicos	25
Hospital Dermatológico (leprocomios)	0
Hospital Geriátrico	14
Hospital de Especialidades	387
Puesto de Salud	1
Suncentro de Salud	156
Centro de Salud A	108
Centro de Salud B	1
Centro de Salud C	22
Otros establecimientos sin internación	2
Total	1767

Fuente: INEC – Encuesta de Actividades y Recursos de Salud 2013.
Elaboración: Ana Román

1.1.5. Número de ambulancias

Las ambulancias forman parte del fortalecimiento del sistema de movilización de emergencia de la Red Pública de Salud, la dotación de este tipo de vehículos responde a un censo realizado a todas las ambulancias del Sistema Público de Salud que determina técnicamente las necesidades de realizar la reposición y dotación de unidades móviles en cada provincia para mejorar la calidad de los servicios de salud a nivel nacional, además el Ministerio de Salud Pública capacita a las personas a cargo de estos vehículos para su uso integral y de esta manera prestar una atención oportuna a los pacientes y su traslado seguro (MSP, 2013).

El cantón de Quito cuenta con 42 ambulancias en los distintos establecimientos de salud tanto Hospitales como Centros y Subcentros de Salud, la distribución se presenta a continuación en el Cuadro N° 16.

Cuadro N° 16
Ambulancias en establecimientos del Ministerio de Salud en el cantón Quito 2013

Descripción	Ambulancias
Hospital Básico	6
Hospital General	7
Hospital Gineco-Obstetrico	3
Hospital Pediátrico	5
Hospital Psiquiátrico y Sanatorio de Alcóholicos	2
Hospital Dermatológico (leprocomios)	0
Hospital Geriátrico	1
Hospital de Especialidades	7
Puesto de Salud	0
Suncentro de Salud	2
Centro de Salud A	9
Centro de Salud B	0
Centro de Salud C	0
Otros establecimientos sin internación	0
Total	42

Fuente: INEC – Encuesta de Actividades y Recursos de Salud 2013.
Elaboración: Ana Román

1.1.6. Camas

La densidad de camas hospitalarias se utiliza para indicar la disponibilidad de servicios para pacientes ingresados, según la OMS se estima que debe existir como estándar de 24 camas (público y privadas) por cada 10.000 habitantes. En los establecimientos del Ministerio de Salud Pública en el cantón Quito se cuenta con una tasa aproximada de 6 camas por cada 10.000 habitantes (MSP, 2011).

Para incrementar las camas en el sector público el Ministerio de Salud Pública a previsto construir nuevos Centros de Salud al igual que Hospitales para poder cubrir la demanda existente (MSP, 2011).

Cuadro N° 17
Número de camas de dotación normal y disponibles en el cantón Quito 2014

Descripción	Total camas dotación normal	Total camas disponibles
Hospital pediátrico	315	253
Hospital de especialidades	493	439
Hospital geriátrico	28	30
Hospital general	255	208
Hospital gineco-obstétrico	270	230
Hospital dermatológico (leprocomios)	132	67
Hospital psiquiátrico y sanatorio de alcohólicos	146	136
Hospital básico	15	15
Hospital general	369	329
Total	2023	1707

Fuente: INEC – Encuesta Camas y Egresos Hospitalarios 2014
Elaboración: Ana Román

1.2. Demanda de servicios de salud

En la actualidad la población acude más a establecimientos públicos de salud que a privados dado que ahora estos servicios cuentan con mayor cobertura y además el Gobierno Nacional los provee de manera gratuita para toda la población, es decir la población sin importar su estrato social hoy en día prefiere los establecimientos públicos para ser atendidos ante algún problema de salud.

Los usuarios para acceder a atención médica en los establecimientos de salud pública deben solicitar un turno a través de la central telefónica, pero este es uno de los problemas que aqueja a la población ya que estas líneas por lo general este sistema se encuentra congestionado.

A continuación se analizan las causas de morbilidad ambulatoria ya que estas representarían una primera etapa condicionante de la entrada en el sistema de los servicios de salud; es decir estas permiten un conocimiento prolijo de las necesidades reales de la población y da los elementos suficientes para definir prioridades de atención (Malagón, Galán y Pontón; 1999).

1.2.1. Principales causas de morbilidad ambulatoria

En el cantón Quito las principales causas de morbilidad ambulatoria son la rinofaringitis aguda, faringitis aguda, amigdalitis aguda, parasitosis intestinal sin especificación, enfermedades inflamatorias de la vagina y la vulva, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso como se observa en el cuadro N° 19 la mayoría son tratadas en los Centros de Salud es decir en el primer nivel de atención médica (MSP, 2014).

Cuadro N° 19
Número de consultas de morbilidad ambulatoria por tipo de establecimiento en el cantón Quito 2015

Centro de Salud	1.058.462
Hospital General	66.875
Hospital de Especialidades	47.753
Hospital Especializado	32.338
Unidades Anidada	24.403
Hospital Básico	10.235
Centro Especializado	8.424
Puesto de Salud	6.226
Unidad Móvil General	2.705
Unidad Móvil Especializado de Oncología	626
Total	1.258.047

Fuente: MSP – Información estadística 2015
Elaboración: Ana Román

1.2.2. Egresos hospitalarios y defunciones

En el cantón Quito las cinco principales enfermedades que han sido registradas en los egresos hospitalarios son: colelitiasis, apendicitis aguda, otras enfermedades maternas clasificables en otra parte pero que complican el embarazo, parto y el puerperio, aborto no especificado y por hipertensión gestacional (inducida por el embarazo), el mayor número de casos de egresos hospitalarios se presenta en los Hospitales Generales, seguido por los Gineco-Obstétrico y el de Especialidades como se observa en el Cuadro N° 20 (MSP, 2014).

Por otro lado, las principales causas de mortalidad en el cantón Quito son: enfermedades cardiovasculares, influenza y neumonía, enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus y los accidentes de transporte terrestre; esto casos han impulsado al Ministerio de Salud a promover campañas para prevenir este tipo de enfermedades mediante programas a nivel nacional como *"Te quiero sano Ecuador"* para combatir enfermedades que constituyen en un problema de salud pública (MSP, 2015).

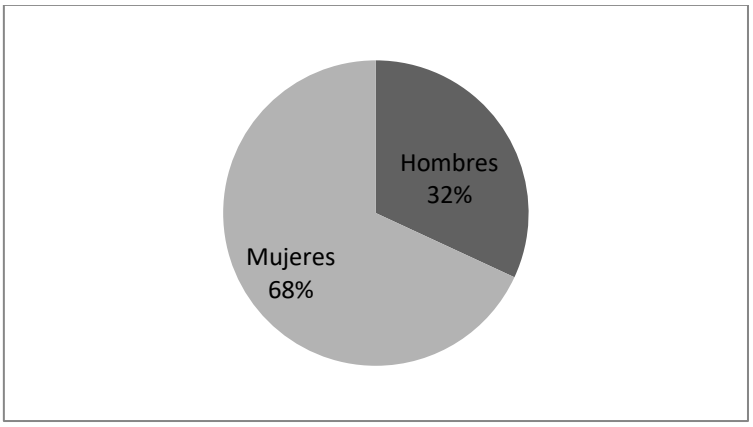
Cuadro N° 20
Egresos hospitalarios y fallecidos en el cantón Quito 2014

Descripción	Egresos	Fallecidos menos de 48 horas	Fallecidos 48 horas o más
Hospital pediátrico	9677	35	166
Hospital de especialidades	13871	32	343
Hospital geriátrico	536	14	33
Hospital general	10559	37	180
Hospital gineco-obstétrico	14502	45	92
Hospital dermatológico (leprocomios)	461	0	0
Hospital psiquiátrico y sanatorio de alcohólicos	245	0	2
Hospital básico	714	0	3
Hospital general	17166	44	186
Total	67731	207	1005

Fuente: INEC – Encuesta Camas y Egresos Hospitalarios 2014.
Elaboración: Ana Román

Si se realiza el análisis mediante los egresos hospitalarios por sexo del paciente, observamos que mientras el 68% de los usuarios son mujeres, solo el 32% son hombres, lo que nos lleva a concluir que las mujeres en el cantón Quito concurren más a utilizar los servicios de salud pública, esto puede ser dado que en las principales causas de morbilidad la mayor parte de enfermedades son que afectan a la mujer (Gráfico N°4).

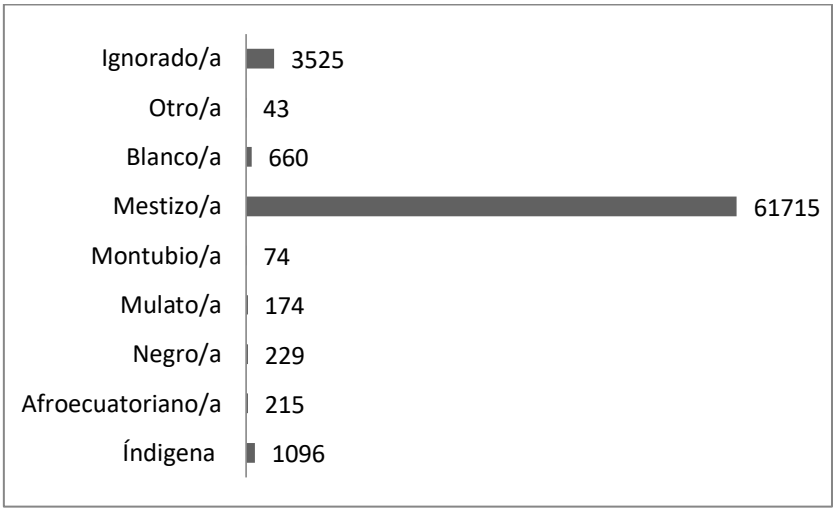
Gráfico N° 4
Egresos hospitalarios por sexo el cantón Quito 2014



Fuente: INEC – Encuesta Camas y Egresos Hospitalarios 2014.
Elaboración: Ana Román

Según la encuesta del INEC (2014), se registra que la mayor parte de la población que fue atendida en un establecimiento de salud pública en el cantón Quito se considera de etnia mestiza y en poca proporción las demás etnias como lo son indígenas, negros, mulatos, montubios, entre otras como se observa en el Gráfico N° 5 a continuación.

Gráfico N° 5
Egresos hospitalarios por étnia el cantón Quito 2014



Fuente: INEC – Encuesta Camas y Egresos Hospitalarios 2014
Elaboración: Ana Román

Capítulo 3: Percepción de la calidad de los servicios de salud en la ciudad de Quito a partir del estudio de tres casos.

En este capítulo se analiza los datos recopilados mediante una encuesta realizada por la autora de esta investigación, en tres instituciones pertenecientes al Ministerio de Salud Pública con el fin observar si en los establecimientos escogidos se otorga y se garantiza servicios de salud de calidad a toda la población e identificar los problemas que aún persisten en este tipo de servicio, es decir, si el incremento en inversión se ha traducido en mejora en la calidad de los servicios de salud pública.

1. Calidad del Gasto Público

En términos generales, las iniciativas de mejoramiento de la calidad del gasto público están asociadas tanto a aspectos de política fiscal, como de gestión pública. Evaluar la eficiencia y eficacia del gasto público a mediano y largo plazo requiere, junto con los instrumentos de política fiscal, considerar los procesos, sistemas e instituciones que materializan ese gasto en políticas y programas públicos, que finalmente constituyen los bienes y servicios que se entregan a los usuarios para el logro de los objetivos de política. La mayoría de los estudios sobre eficiencia y eficacia del gasto público concluyen que el gasto podría ser mucho menor y más eficiente que hoy, a la vez que resaltan la importancia de las instituciones gubernamentales, en cuanto que una mejora de las mismas contribuiría a una mayor eficiencia del gasto público (Armijo y Espada,2014: 7-8).

En los últimos años, los países de la región han puesto como prioridad en sus agendas de reformas fiscales la introducción de innovaciones presupuestarias entre los cuales se cuentan el presupuesto orientado a resultados, incorporando en éste mecanismos de planificación y programación presupuestaria plurianual vinculada a las prioridades de desarrollo, sistemas de monitoreo y evaluación del desempeño, con indicadores que apoyan la medición de la calidad del gasto público e instrumentos orientados al mejoramiento de la rendición de cuentas del gasto público (ILPES, 2012).

A continuación se describen características de innovaciones dadas en la región y su rol en la mejora de la calidad del gasto público (Armijo y Espada, 2014: 39-42):

- Los planes nacionales de desarrollo juegan un rol central como instrumento para la definición de las prioridades gubernamentales, el desarrollo de planes sectoriales y la orientación del gasto público. De los nueve países estudiados, siete cuentan con dichos planes y/o estrategias de largo plazo. Se establecen metas relacionadas con

objetivos estratégicos gubernamentales o ejes prioritarios de desarrollo, donde en su mayoría corresponden a los siguientes ámbitos de desarrollo: Agenda Social centrada en erradicación de la pobreza, educación, salud, seguridad ciudadana, desarrollo productivo, infraestructura productiva, vivienda, empleo, y fortalecimiento del Estado (Armijo y Espada, 2014).

- Respecto a los sectores de salud y educación, y las innovaciones para mejorar la calidad del gasto, podemos observar que la mayor parte de los países tiene como prioridad ámbitos relacionados a estos dos sectores. Se expresan en algunos de los ejes estratégicos o prioridades específicas relacionadas, y en el primer caso, como parte del concepto "mejoramiento en la calidad de vida de la población". Llama la atención que los compromisos en muchos casos son generales, sin embargo, al especificar las metas, se mencionan aspectos como número de hospitales, número de farmacias, que, si bien tendrán un efecto en el bienestar de la población, no es posible visibilizar la relación entre esas metas y la contribución al logro del objetivo (Armijo y Espada, 2014).

- Con relación a las prioridades en estos sectores, hay uniformidad en casi todos los países analizados. En salud se presentan compromisos relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (reducción de la mortalidad materna, neonatal, disminución de tasa de mortalidad por VIH, entre otros). También hay metas relacionadas con problemas que se convierten en crónicos como la obesidad adulta y en la niñez y embarazo adolescente. En menor medida se presentan compromisos de salud en temas relacionados con la mejora en los hábitos de la población como disminución del tabaquismo, drogas, y potenciación del deporte (Armijo y Espada, 2014).

- Las iniciativas para mejorar calidad de gasto se enmarcan en reformas fiscales de mayor alcance y/o cambios en los marcos normativos de presupuesto que expresan la incorporación de instrumentos de planificación y marcos de gasto de mediano plazo vinculados a las prioridades de desarrollo, y mejoramientos en las técnicas de presupuestación, avanzando hacia las clasificaciones presupuestarias que permitan conocer de mejor manera la cadena de producción y valor público (Armijo y Espada, 2014).

- La formulación de las prioridades estratégicas gubernamentales y su vinculación con los marcos de gasto de mediano plazo se observa principalmente a nivel del marco macro fiscal y, en menor medida, en el ámbito de la programación plurianual. Los casos existentes se refieren solo a los programas de inversión y no consideran el gasto corriente (Armijo y Espada, 2014).

- La mayor parte de los países establece sistemas de monitoreo y evaluación (M&E) del desempeño, con indicadores que apoyan la medición de la calidad del gasto público e instrumentos orientados al mejoramiento de la rendición de cuentas del gasto público (Armijo y Espada, 2014).

- Sin profundizar sobre la calidad y uso de la información, así como el grado de articulación de los indicadores de cada uno de los sistemas, en la mayor parte de los países existe una importante producción de información de desempeño, pero escasos reportes ejecutivos que presenten antecedentes de logros de resultados asociados a las metas de desarrollo comprometidas. Es generalizada la escasa vinculación de la información de desempeño (indicadores y evaluaciones) con la mayor o menor eficiencia del gasto público, como por ejemplo ahorros y/o productividad generados a partir de rediseños de programas (como consecuencia de las evaluaciones), mejoras en los impactos de los programas en las poblaciones objetivos, etc (Armijo y Espada, 2014).

1.1. Monitoreo y evaluación

Un sistema de monitoreo y evaluación que proporcione información para la decisión de gasto como para la mejora de gestión y rendición de cuentas (Armijo y Espada, 2014: 44-45):

- Focalizar las evaluaciones en áreas de alto impacto en el gasto público y en programas nuevos que expresen prioridades de gobierno (Armijo y Espada, 2014).

- Ampliar la evaluación desde una perspectiva de revisión de gasto público, extendiendo su horizonte como herramienta de gobernanza fiscal. Esto permite a los ministerios de finanzas identificar con mayor facilidad que políticas y programas deben ser suspendidos y como puede incrementarse la eficiencia de las políticas o que políticas justifican los costos incurridos (Armijo y Espada, 2014).

- Fortalecer las instancias intermedias (ministerios) en los procesos de evaluación (Armijo y Espada, 2014).

- Vincular los Sistemas de M&E al ciclo presupuestario: formulación presupuestaria aprobación, ejecución y evaluación, para incidir en el uso de la información en la toma de decisiones (Armijo y Espada, 2014).

- Mejorar la conceptualización de Programas Presupuestarios y las estructuras programáticas facilitando el desarrollo de la cadena de valor público (resultado final, resultado intermedio, productos y actividades) y su vinculación a los objetivos estratégicos institucionales (Armijo y Espada, 2014).

- Apoyar la generación de competencias de las instituciones para mejorar la calidad de los indicadores hacia indicadores de resultado final (impacto), resultados intermedios y productos, en estrecha relación con su cadena de valor público (Armijo y Espada, 2014).

- Apoyar la construcción de sistemas de información de gestión en los ministerios, que faciliten monitoreo de los indicadores por centros de gestión y de costos, vinculados a los sistemas de presupuesto. Esto permite que se identifiquen los productos, actividades y costos asociados a centros de responsabilidad directiva y los

indicadores den cuenta de las mejoras de gestión de los productos (bienes y servicios), es decir cuan eficientes y eficaces se provisionan los servicios públicos (Armijo y Espada, 2014).

- Presentación de los indicadores en reportes ejecutivos y comprensibles para los diferentes actores, permitiendo en los casos que sea posible la identificación de las relaciones causales entre diferentes agregaciones de desempeño: Indicadores de las metas nacionales, con los indicadores de los Ministerios que contribuyen a dichas metas, así como que Programas contribuyen a las metas ministeriales y/o nacionales, etc. Los reportes deben presentar además explicaciones de los desempeños pasados, tendencias, estándares internacionales (en los casos que lo amerite), posibilitando contextualizar la información presentada por los indicadores (Armijo y Espada, 2014).

- Estrechar vínculos entre los resultados de la evaluación y los incentivos teniendo en cuenta los desincentivos que pueden tener los directivos de ministerios para compartir información de desempeño con los órganos con competencias en materia de gasto y de control político (Armijo y Espada, 2014).

- Por ejemplo la escasa flexibilidad para el uso de ahorros de eficiencia, dificultad para el cumplimiento de metas derivado de recortes presupuestarios o incertidumbre en el flujo de recursos, retrasos administrativos en ámbitos de la gestión tales como compras gubernamentales, aprobación de proyectos, entre otros (Armijo y Espada, 2014).

2. Inversión pública en la calidad de los servicios de salud pública

En el año 2008, se estableció dentro de la Constitución el derecho universal a la salud, donde se decretó que la salud seria de cobertura universal y gratuita, beneficiando de esta manera a la población en general, lo que trajo como consecuencia la saturación del sistema de salud, ya que las personas de cualquier estrato social y condición económica pueden acceder sin ningún tipo de restricción. Por lo cual el Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud Pública pusieron en marcha la remodelación, ampliación o creación de nuevas instituciones de salud.

Una de las principales políticas aplicadas en el Ecuador desde el año 2007 ha sido el incremento de la inversión social en el país, dirigida especialmente a aquella población que por razones socio-económicas no ha podido acceder a los servicios básicos tanto de educación como de salud; políticas que tienen el fin de garantizar los principios de equidad, igualdad y universalidad, asegurando el desarrollo humano sostenible de los diferentes pueblos y nacionalidades ecuatorianas, lo que ha hecho que el gasto público en estos

servicios a nivel nacional aumente significativamente y por ende los establecimientos de salud pública puedan recibir mayores recursos económicos que cubran la ejecución de sus actividades (Andrade, 2014: 88).

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, las instituciones ecuatorianas que prestan servicios públicos reciben recursos provenientes del Estado para el desempeño de las funciones para las cuales fueron creadas; el presupuesto asignado a cada institución pública de salud se encuentra relacionado con el cumplimiento de objetivos estratégicos impuesto por el Ministerio de Salud Pública tales como: incrementar las capacidades del recurso humano mediante el aumento de la eficiencia y eficacia de sus actividades, reducir las barreras de acceso universal de salud e incrementar los procesos de control y prevención de la salud para garantizar el derecho del buen vivir de cada uno de las y los ecuatorianos (citado en Andrade, 2014: 88).

La calidad de los servicios de salud pública es uno de los factores más importantes que impulsa el desarrollo del sistema nacional de salud y aumenta la equidad de la atención en los centros de salud; en años pasados el Ecuador ha presentado niveles bajos de satisfacción de las y los usuarios acerca de la atención recibida, en gran parte se debió al descuido del sector de la salud por parte de las autoridades; pues la calidad de los servicios de salud se concentra especialmente en las responsabilidades administrativas de cada uno de los centros de salud. (Juran J. 1980, citado en William, s.f.:5).

2.1. Encuesta de percepción de la calidad de los servicios de salud pública

Las percepciones que los ciudadanos y ciudadanas tienen sobre los servicios públicos están fundadas en las experiencias concretas que han tenido en su interacción con el Estado, por lo que los ciudadanos tienen la capacidad de evaluar los servicios que reciben de parte del Estado y muchas veces lo hacen de experiencias concretas de lo que escuchan de otras personas y complementario a esto tienen aspiraciones sobre cómo querrías que los servicios fueran (SENPLADES, 2009).

2.1.1. Diseño de la investigación

La encuesta de percepción de la calidad de los servicios de salud pública busca conocer el grado de satisfacción en los servicios, no solo en el sentido de resolver su problema de salud sino que también se toman en cuenta otras variables que son de importancia para el usuario, es decir, las expectativas de los usuarios de cómo debería ser atendido.

La encuesta que se propone ha sido elaborada mediante el análisis de otras encuestas realizadas en otros países para medir la percepción de la calidad de la atención y factores determinantes de satisfacción. Se ha utilizado como fuentes las encuestas realizadas en Perú *"Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos de Servicios de Salud"* (Ministerio de Salud Perú, 2002: 15-16), México *"Encuesta Nacional de Salud II"* (Ramírez, Nájera y Nigenda, 1998), Chile *"Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria"* (Pezoa, 2013: 47-48), Colombia *"Encuesta a Usuarios del Hospital Universitario del Valle, sobre la calidad de atención recibida"* (HUV y FUNDESALUD, 2010).

Las preguntas se realizaron en base de los aspectos de estructura (instalaciones físicas y comodidad del ambiente), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta), resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de atención recibida) y accesibilidad (medicamentos, insumos, materiales).

La encuesta consta de 11 preguntas dirigidas a obtener información sobre la prestación de servicios de salud pública. La mayor parte de las preguntas fueron establecidas para que los usuarios definan posturas polares (si – no), también varias preguntas fueron construidas mediante una escala de valoración (muy buena – buena – mala – muy mala), y además existe una subpregunta que debe ser respondida en forma abierta.

Esta encuesta permite aproximarse a las percepciones de los usuarios que asisten a estos tres establecimientos de salud en cuanto a la provisión de servicios de salud por parte del Ministerio de Salud, por otro lado, la encuesta recopila datos e información para construir y determinar iniciativas para mejorar la calidad de los servicios de salud pública además de que se permita un debido monitoreo y evaluación a futuro (ver Anexo N°1).

2.1.2. Recopilación de datos

La encuesta desarrollada contiene preguntas sencillas y de fácil comprensión para poder capturar los datos más relevantes sobre la percepción de la calidad de los servicios de salud, por lo que el levantamiento de la información se lo realizará a la salida inmediatamente después de que los usuarios hayan sido atendidos.

Esta investigación se la realizará en instituciones categorizadas en diversos niveles de gestión: el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo es un hospital de nivel III, se dedica a resolver complejidades de salud; el Hospital General Enrique Garcés es un hospital nivel II, cuenta con los servicios básicos; y por último se escoge al Centro de Salud N°4 Chimbacalle que se encuentra en un nivel I, es decir se dedica a la promoción y prevención. Se escogió estas tres instituciones de salud pública para evidenciar si la calidad en los servicios de salud que ofrece el Ministerio de Salud Pública varían según el nivel de gestión.

El Hospital de Especialidades Eugenio Espejo es un centro emblemático dentro del Sistema Nacional de Salud ya que es el único hospital público de especialidades del país ya que atiende casos considerados de alta complejidad, y para el año 2015 se convirtió en el único hospital público de especialidades de Hispanoamérica en recibir una acreditación internacional (MSP, 2015). Por lo que uno de sus objetivos es llegar a la excelencia y mejoramiento de la calidad basados en estándares internacionales y de esta manera ser un ejemplo a seguir para el Sistema Nacional de Salud en cuanto a la oferta de servicios públicos.

Con el Gobierno de la Revolución Ciudadana priorizó a la salud entre sus políticas es por este motivo que el Hospital General Enrique Garcés recibió recursos para recuperar su infraestructura, equipamiento, dotación del talento humano, que ha significado el incremento de la cobertura, por lo que el hospital ha transformado su atención, ha adquirido equipos de alta tecnología, ha adecentado sus salas de espera y accesos, ha incrementado su talento humano, ha respondido al reto de entregar salud a la mayoría de usuarios que son referidos de la Red Sur de Salud (MSP, 2015). En el año 2010, la Vicepresidencia de la República y el Ministerio de Salud Pública organizaron el concurso nacional de Atención de Calidad con Calidez en el que el Hospital Enrique Garcés obtuvo el primer puesto en la categoría hospitales generales (MSP, 2010).

Como se menciona anteriormente tanto el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo y el Hospital General Enrique Garcés han recibido certificaciones que consideran que los servicios de salud que ofrecen son óptimos para los usuarios, es por lo que son considerados para la presente investigación. El caso del Centro de Salud N°4 Chimbacalle es particular a las anteriores instituciones antes descritas ya que es considerado dentro de la investigación por localizarse en el sur de la ciudad punto en donde se encuentra la mayor parte de la población por tanto es uno de los Centro de Salud más acudidos.

La población de estudio son los usuarios mayores de 18 años ambos sexos que asistan a los establecimientos anteriormente descritos, por lo que según información estadística del Ministerio de Salud Pública el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo posee un promedio 1239 egresos mensuales, el Hospital General Enrique Garcés posee un promedio de 1465 egresos mensuales y el Centro de Salud N°4 Chimbacalle atiende en promedio 3842 consultas de morbilidad (primeras) mensuales.

Para el levantamiento de la encuesta se realizó la fórmula del tamaño de muestra para obtener el número de sujetos extraídos de la población anteriormente dicha, por lo que el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo (n=120), Hospital General Enrique Garcés (n=122) y el Centro de Salud N°4 Chimbacalle (n=127). Por lo que el total de personas que serán encuestadas en los tres establecimientos son 369 (ver Anexo N°1 en el cual se desarrolla la muestra extraída de la población de estudio).

2.1.3. Análisis y resultados

Pregunta N°1. *El tiempo de espera desde que llego hasta ser atendido fue razonable.*

Como se observa en el Cuadro N°21, la mayoría de personas respondió afirmativamente en cuanto habían sido atendidos en un tiempo razonable, es decir ante un menor tiempo de espera aumenta la percepción de satisfacción por parte de los usuarios; esto dado a varios sistemas implementados por parte del actual Gobierno en el cual ahora se brinda el servicio dando previamente citas a los usuarios para evitar la aglomeración y filas de espera.

Cuadro N° 21
Tiempo de espera en ser atendido

Establecimiento	SI	%	NO	%	Total
Hospital de Especialidades Eugenio Espejo	60	50%	60	50%	120
Hospital General Enrique Garcés	80	66%	42	34%	122
Centro de Salud N°4 Chimbacalle	106	83%	21	17%	127
Total	246	67%	123	33%	369

Elaboración: Ana Román

¿Cuánto tiempo espero?

Se ha tratado de determinar cuál sería el tiempo de espera aceptable por un paciente antes de ser atendido en un servicio de salud, de esta manera Howat et al. encontraron un promedio de 16,1 ± 7,9 minutos, otros estudios demuestran que este no debería de exceder los 30 minutos (Gutiérrez, Ramos, Uribe, Ortega, Torres, Montesinos, León y Galarza; 2009).

La mayoría de los usuarios respondió que no espero por más de quince minutos hasta ser atendido; por el contrario, también hay casos de personas que respondieron haber tenido que esperar por mucho tiempo reflejando así su inconformidad. Un excesivo tiempo de espera acarreado por otros factores disminuyen la percepción de satisfacción del servicio y muchos de ellos prefieren acudir a otros establecimientos ya sean privados.

Por tanto, el tiempo de espera de los usuarios de estos tres establecimientos es prolongado de 10 ± 60 minutos (ver Cuadro N°22), en comparación a estudios realizados en otros países; por ejemplo, Inglaterra se encontró un promedio de tiempo de espera de 19 minutos y en Nigeria de 17 minutos (Gutiérrez et al; 2009).

Cuadro N° 22
Tiempo de espera

Tiempo	Eugenio Espejo	%	Enrique Garcés	%	Chimbacalle	%	Total
10 - 15 minutos	56	47%	75	61%	103	81%	234
16 - 30 minutos	29	24%	26	21%	24	19%	79
31 - 45 minutos	15	13%	9	7%	0	0%	24
46 - 60 minutos	20	17%	12	10%	0	0%	32
Total	120	100%	122	100%	127	100%	369

Elaboración: Ana Román

Pregunta N°2. *Considera que obtuvo un diagnóstico y tratamiento adecuado.*

El diagnóstico y tratamiento oportuno y apropiado permite disminuir el tiempo de la enfermedad, acortando el tiempo de molestias al paciente y a su periodo de inactividad. De esta manera se puede lograr que el usuario no tenga que asistir al establecimiento de salud por varias ocasiones por el mismo problema de salud y el sistema de atención de cada establecimiento no colapse por exceso de demanda. También un tratamiento sin confirmación diagnóstica llevaría a gastos innecesarios; por ejemplo, en el uso de equipos, medicamentos o el uso de una cama.

Como resultado, se observa en el Cuadro N° 23, los usuarios en su mayoría se sienten satisfechos con el diagnóstico y tratamiento recibido en los tres establecimientos de salud que forman parte de la investigación, aunque en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo se observa que también un gran número de usuarios no está de acuerdo en este aspecto.

Cuadro N° 23
Diagnóstico y tratamiento adecuado

Establecimiento	SI	%	NO	%	Total
Hospital de Especialidades Eugenio Espejo	65	54%	55	46%	120
Hospital General Enrique Garcés	95	78%	27	22%	122
Centro de Salud N°4 Chimbacalle	107	84%	20	16%	127
Total	267	72%	102	28%	369

Elaboración: Ana Román

Pregunta N°3. *El personal de salud actuó en forma coordinada y eficiente para resolver su problema de salud.*

El talento humano son el centro y piedra angular de la calidad de salud y específicamente de la atención médica y no puede pretenderse ofrecer calidad si los trabajadores no están entrenados para garantizarla.

Este es un punto vital dentro de la investigación ya que al momento de realizar la encuesta se pudo observar y recoger quejas por parte de los usuarios de que el personal sobre todo médicos no cumplía a cabalidad con su horario de trabajo ya que se los podía observar saliendo y entrando varias veces del establecimiento mientras que los usuarios tenían que esperar hasta que el médico retorne a su puesto de trabajo.

Pero a pesar de los problemas anteriormente mencionados, en el Cuadro N° 24 se presenta, que la mayor parte de los usuarios han calificado como positivo este aspecto en los tres establecimientos.

Cuadro N° 24
Personal de salud actuó de forma coordina y eficiente

Establecimiento	SI	%	NO	%	Total
Hospital de Especialidades Eugenio Espejo	79	66%	41	34%	120
Hospital General Enrique Garcés	85	70%	37	30%	122
Centro de Salud N°4 Chimbacalle	106	83%	21	17%	127
Total	270	73%	99	27%	369

Elaboración: Ana Román

Pregunta N°4. *Usted siente que resolvieron el problema motivo de búsqueda de atención.*

El resolver las necesidades de las personas o en este caso problemas de salud y que estos sean de calidad se necesita todos los esfuerzos institucionales para que el personal médico pueda garantizar un mejor estado de bienestar. Por tanto, la atención que se brinde debe estar enmarcada dentro de los más altos estándares de calidad y satisfacción para los usuarios, actuando siempre en función del mejoramiento de su estado de salud, con los protocolos sanitarios propios y superando sus expectativas (Martínez, 2014).

En el Cuadro N° 25, se observa que en los tres establecimientos de salud, los usuarios han respondido en su mayor parte que si han resuelto su problema motivo de búsqueda de atención, en el caso del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo se puede observar que

la brecha de opiniones acerca de este aspecto es muy corta en comparación a los otros dos establecimientos.

Cuadro N° 25
Resolver el problema motivo de búsqueda de atención

Establecimiento	SI	%	NO	%	Total
Hospital de Especialidades Eugenio Espejo	68	57%	52	43%	120
Hospital General Enrique Garcés	95	78%	27	22%	122
Centro de Salud N°4 Chimbacalle	106	83%	21	17%	127
Total	269	73%	100	27%	369

Elaboración: Ana Román

Pregunta N°5. *El resto del personal administrativo del establecimiento fue respetuoso y amable.*

Un punto preocupante dentro de la investigación y sobre todo en este establecimiento fue que la mayor parte de los encuestados no se encontró conforme con el trato recibido con el resto del personal que labora en el establecimiento, muchas personas calificaron como pésimo la atención que recibían de guardias de seguridad, personas de puntos de información, secretarias, personas que laboran en las ventanillas, entre otros; ellos creen que este tipo de problemas son los que acarrean la mala calidad en la atención ya que desde el punto de vista de encuestados el mal trato por parte de este tipo de personal genera malestar y dan como recomendación que este grupo de personas reciba cursos de trato a los usuarios, esto se constata con los resultados obtenidos en la encuesta, como se observa en el Cuadro N° 26.

La mayor parte de la población es decir más del 80% no se sienten conformes con el trato recibido por parte del demás personal administrativo sienten que las personas que laboran en ventanillas, puntos de información, guardias, secretarias, entre otros; no tratan de manera correcta a los usuarios y sienten que el trato que reciben por parte de este grupo depende del estado de ánimo en el que se encuentren los trabajadores del Hospital General Enrique Garcés.

El problema de los sindicatos agrava la situación en este hospital ya que la mayor parte de personal se encuentra más preocupado en resolver conflictos que tienen con los mismos trabajadores que en preocuparse por brindar un mejor servicio. Los usuarios sienten este tipo de tensiones entre las personas que laboran en este hospital y ven como un problema que entorpece en gran parte el servicio que brindan.

El personal trata de corregir muchas veces su negligencia basados en que son seres humanos y se equivocan pero los pacientes consideran que la vida de una persona requiere personas que estén altamente calificadas en su puestos y eviten en lo máximo caer en errores que pueden costar una vida.

Cuadro N° 26
Trato del resto del personal administrativo

Establecimiento	SI	%	NO	%	Total
Hospital de Especialidades Eugenio Espejo	27	23%	93	78%	120
Hospital General Enrique Garcés	32	26%	90	74%	122
Centro de Salud N°4 Chimbacalle	98	77%	29	23%	127
Total	157	43%	212	57%	369

Elaboración: Ana Román

Pregunta N°6. *Usted se siente satisfecho con la atención recibida.*

Para los usuarios que asistieron a estos tres establecimientos el respeto con el que se les ha tratado por parte de todo el personal, el tiempo de espera, la información que les ha dado son aspectos fundamentales que no pueden manejarse por separado, y califican la atención en su conjunto y hacer esto podemos observar los resultados del Cuadro N° 27, en el cual tanto en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo como en el Hospital General Enrique Garcés han sido calificados con una mala atención recibida por tanto eso demuestra la insatisfacción del usuario en estos dos establecimientos. Caso contrario ocurre en el Centro de Salud N° 4 Chimbacalle, en donde la mayor parte de usuarios se encontró satisfecho con la atención recibida (ver Cuadro N° 27).

Lo anterior, es dado, ya que la mayor parte de personas encuestadas no se sintió conforme con el trato del resto del personal, sea administrativo u otro; como por ejemplo, guardias, personas de ventanilla, entre otros; y califican la atención en su conjunto y no solo la recibida por los profesionales médicos.

Cuadro N° 27
Trato del resto del personal administrativo

Establecimiento	SI	%	NO	%	Total
Hospital de Especialidades Eugenio Espejo	54	45%	66	55%	120
Hospital General Enrique Garcés	51	42%	71	58%	122
Centro de Salud N°4 Chimbacalle	100	79%	27	21%	127
Total	205	56%	164	44%	369

Elaboración: Ana Román

Pregunta N°7. *La unidad de salud dispone de suficientes equipos, medicamentos, insumos y materiales.*

Las personas encuestadas en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo respondió afirmativamente en su gran mayoría ya que se encuentran consientes de los grandes recursos que el Gobierno Nacional ha destinado en compra de equipos y medicamentos necesarios para la atención y mejora de los servicios de salud pública pero a pesar de esto las personas creen que el personal del hospital no los utiliza adecuadamente o en beneficio de la población.

La dotación de equipos, medicamentos, insumos y materiales es calificado positivamente ya que los recursos por parte del Estado han mejorado de alguna manera este aspecto pero los usuarios piensan que todavía falta mucho para hacer y que se necesita mayor control por parte de las autoridades del Ministerio de Salud ya que todavía hay casos en los que se envía a los pacientes a realizarse exámenes fuera del hospital y muchas veces el Hospital General Enrique Garcés no dispone en ese instante de los medicamentos que el paciente necesita.

Cuadro N° 28
Equipos, medicamentos, insumos y materiales

Establecimiento	SI	%	NO	%	Total
Hospital de Especialidades Eugenio Espejo	73	61%	47	39%	120
Hospital General Enrique Garcés	97	80%	25	20%	122
Centro de Salud N°4 Chimbacalle	105	83%	22	17%	127
Total	275	75%	94	25%	369

Elaboración: Ana Román

Pregunta N°8. *Le entregaron todos los medicamentos recetados.*

Uno de los problemas a los que los usuarios se han tenido que enfrentar es el desabastecimiento en cuanto a medicamentos, la mayor parte de encuestados respondió negativamente ante la problemática que aqueja no solo a los usuarios del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo sino que es un problema a nivel nacional, las personas muchas veces no reciben todos sus medicamentos y eso les obliga a tener que comprarlos por afuera y muchas veces a costos sumamente altos o sino el personal de farmacia les dicen que regresen otro día para la entrega de los medicamentos pero cuando los usuarios regresan la situación es la misma no existen en stock los medicamentos.

En cuanto si todos los medicamentos recetados fueron entregados la mayoría de encuestados respondió negativamente ya que mediante su percepción la farmacia del hospital solo entrega analgésico en su mayor parte y que los demás medicamentos tienen que conseguir bien sea en hospitales privados a un alto costo o tienen que gastar de su bolsillo y comprar en farmacias a las afueras del hospital.

Con respecto al punto anterior las personas se quejan de que la adquisición de las medicinas es un negocio entre los que laboran en la farmacia con los proveedores ya que desde su punto de vista compran medicamentos innecesarios para favorecer el bolsillo de las farmacéuticas y adquieren medicamentos que beneficien a los pacientes o usuarios que asisten a este establecimiento.

En el Centro de Salud N°4 Chimbacalle, la entrega completa de medicinas es un aspecto positivo. Los encuestados respondieron en su gran mayoría que si reciben todos los medicamentos recetados ya que los problemas de salud por los que asisten no son de gravedad sino dolencias que pueden ser tratadas sin mayor inconveniente.

Cuadro N° 29
Entrega de todos los medicamento recetados

Establecimiento	SI	%	NO	%	Total
Hospital de Especialidades Eugenio Espejo	43	36%	77	64%	120
Hospital General Enrique Garcés	36	30%	86	70%	122
Centro de Salud N°4 Chimbacalle	102	80%	25	20%	127
Total	181	49%	188	51%	369

Elaboración: Ana Román

Pregunta N°9. *La infraestructura del establecimiento le parece.*

Necesariamente las instalaciones físicas son factores fundamentales que influencian la calidad de la atención: excelentes instalaciones que brinden comodidad, accesibilidad y faciliten la adecuada prestación de servicios (Malagón, Galán y Pontón; 1999).

En la encuesta se pide a los usuarios que califiquen la infraestructura del hospital, por lo que la mayoría respondió que las infraestructuras de los hospitales como centro de salud han mejorado notablemente. Entre la mayor parte de los encuestados este es un punto positivo, ya que reconocen que por parte de las obras del Gobierno Nacional se ven cambios notorios en cuanto a la preocupación de las autoridades de brindar mejores instalaciones, sitios de espera, entre otros ya que en gobiernos anteriores los usuarios veían este tipo de establecimiento en malas condiciones y sin mantenimiento alguno.

En los resultados de la encuesta, la mayoría de los usuarios califica como "buena" las instalaciones de estos tres establecimientos y muy pocos consideran que la infraestructura no se encuentra acorde con los requerimientos de la población (ver Cuadro N° 30).

Cuadro N° 30
Infraestructura del establecimiento

Descripción	Eugenio Espejo	%	Enrique Garcés	%	Chimbacalle	%	Total
Muy buena	20	17%	18	15%	9	7%	47
Buena	88	73%	103	84%	114	90%	305
Mala	12	10%	1	1%	4	3%	17
Total	120	100%	122	100%	127	100%	369

Elaboración: Ana Román

Pregunta N° 10. *Le parecieron cómodos los ambientes del establecimiento.*

La comodidad se inicia con excelentes vías de acceso, debidamente señalizadas para facilitar la ubicación de la institución prestadora de servicios de salud, que hace expedita y rápida la llegada del paciente al sitio de atención. Al acceder a la institución se requiere de cómodos y amplios parqueaderos y de rampas para pacientes emergentes y minusválidos. Los lugares de recepción y salas de espera, deben estar dotados de mobiliario adecuado. Además es fundamental, que tanto pacientes, como familiares y acompañantes cuenten con servicios sanitarios limpios y bien dotados (Malagón, Galán y Pontón; 1999).

En este aspecto, la mayor parte de encuestados respondió de manera afirmativa, es decir se sienten conformes con los ambientes disponibles en cada establecimiento ya que

consideran que las autoridades si brindan mantenimiento oportuno a los establecimientos de salud, pero creen que todavía falta interés por procurar más limpios las instalaciones como por ejemplo los servicios higiénicos (ver Cuadro N°31).

Cuadro N° 31
Ambientes del establecimiento

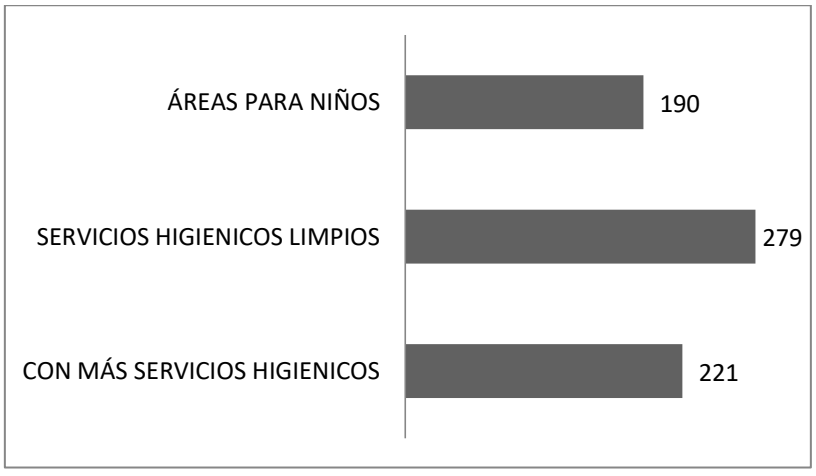
Establecimiento	SI	%	NO	%	Total
Hospital de Especialidades Eugenio Espejo	73	61%	47	39%	120
Hospital General Enrique Garcés	100	82%	22	18%	122
Centro de Salud N°4 Chimbacalle	86	68%	41	32%	127
Total	259	70%	110	30%	369

Elaboración: Ana Román

Pregunta N° 11. *¿Para que sean cómodos los ambientes del establecimiento que más deben tener? Escoja 3 de los ítems.*

En el Gráfico N° 6 se presenta los 3 ítems escogidos por la mayoría de usuarios para que los ambientes de los establecimientos sean más cómodos. La mayor parte de los usuarios cree que para mejorar los ambientes del establecimiento se debería contar con más servicios higiénicos, los servicios higiénicos sean limpios y que se pueda contar con áreas para niños ya que varios usuarios que asisten a este establecimiento tienen que concurrir a su atención médica con niños ya que muchas veces en sus hogares no tienen donde dejarlos.

Gráfico N° 6
Ambientes del establecimiento



Elaboración: Ana Román

Otros problemas identificados. A parte de las preguntas realizadas en la encuesta varios usuarios de este establecimiento resaltaron que también existen otros problemas que hacen que los servicios de salud de este establecimiento no sean los adecuados. Entre los problemas que también preocupan a los usuarios son: el hecho que todavía se sigue dando la corrupción a la hora de obtener un turno, las personas todavía deben madrugar, existe desorden desde las autoridades del hospital hasta del resto del personal que se da hasta el lujo de llegar tarde a su jornada de trabajo, las personas que llegan desde otra provincia muchas veces deben dormir afuera de las instalaciones del hospital.

Igual se encontró otros problemas que empeoran la situación de brindar calidad en los servicios de salud, existen gran preocupación por la corrupción en cuanto a obtener un turno ya que se constató que varias personas eran atendidas en este establecimiento porque contaban con amistades ya sean médicos o el demás personal sin haber obtenido un turno para su atención.

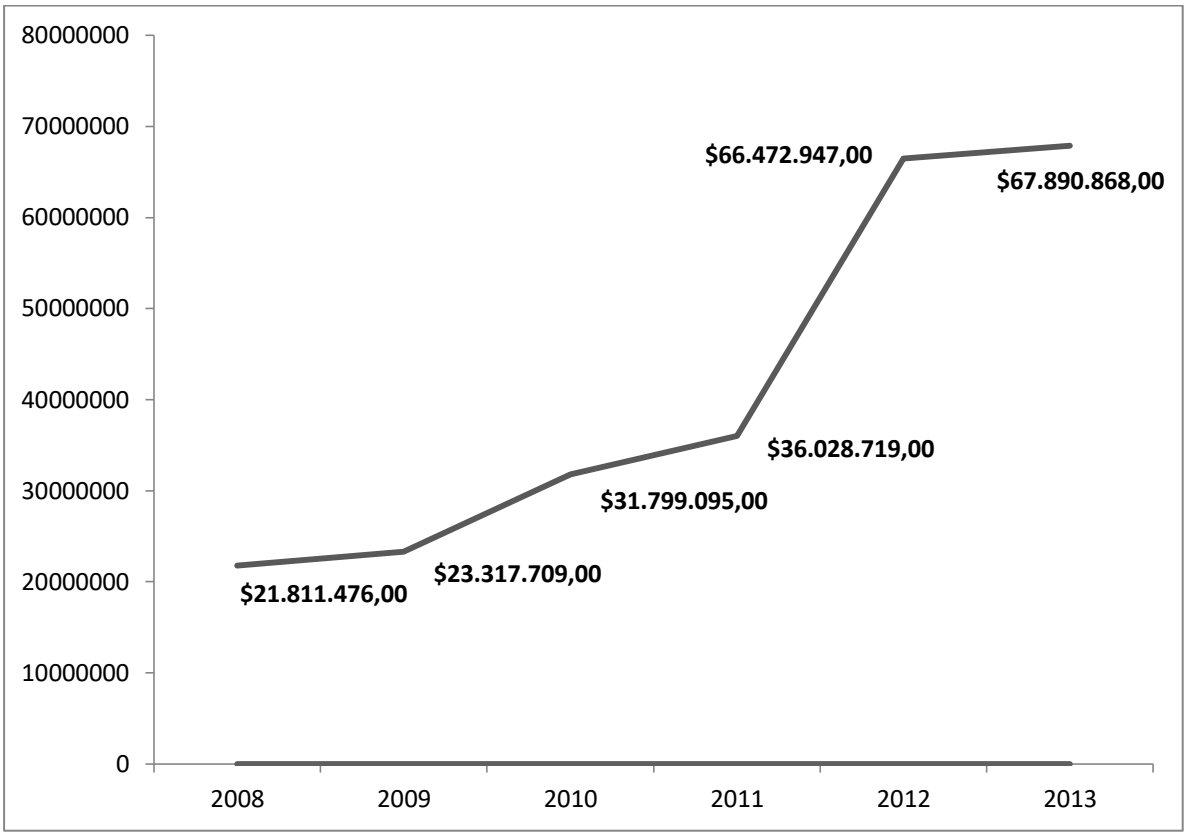
Los usuarios que asisten a los establecimientos también constatan que no existe control en cuanto a que dejan que gran cantidad de perros anden en las instalaciones y que muchas veces se han salvado de ser agredidos por estos.

En resumen, después de haber diseñado y realizado la encuesta de percepción de la calidad de los servicios de salud en los tres establecimientos escogidos podemos deducir que no siempre mayor inversión representa que los bienes y servicios que se ofrecen sean de calidad. A continuación se presenta los montos asignados al Hospital de Especialidades Eugenio Espejo y Hospital General Enrique Garcés en los cuales se evidencia que el Gobierno ha incrementado a lo largo de su periodo los recursos para estas instituciones de salud pública pero el resultado de las encuestas demuestran que a pesar de esto no se han podido solucionar problemas referentes a la calidad de los servicios.

Hospital de Especialidades Eugenio Espejo

La asignación de recursos al Hospital de Especialidades Eugenio Espejo mantiene una tendencia creciente durante los últimos años como se observa en el Gráfico N° 7, en el cual se observa que a partir del año 2008 recibió USD 21.811.476 y posteriormente en el año 2011 el monto ascendió a USD 36.028.719 y para el año 2013 el monto asignado fue de USD 67.890.868.

Gráfico N° 7
Presupuesto Devengado Hospital Eugenio Espejo 2008 - 2013



Fuente: Informe Gestión 2013 - MSP
Elaboración: Ana Román

El MSP desde el año 2011 aplica la norma del sistema de referencia y contrarreferencia el cual direcciona a los pacientes según su gravedad a cualquiera de los tres niveles de atención de salud del país. Lenin Mantilla, gerente del Hospital Eugenio Espejo, mencionó que antes se atendía en el sector público sin importar la gravedad del paciente y esto generaba problemas pero ahora debe ir al primer nivel y ahí se determina en dónde debe recibir atención (El Comercio, 2015).

Según el plan gubernamental, el 85% de los casos que se atienden en el país puede tratarse en los dos primeros niveles de atención. En el Ecuador hay 44 casas de salud de tercer nivel, tanto públicas como privadas. Los centros y subcentros del primer y segundo nivel, en cambio, suman 3 286 (El Comercio, 2015).

Con lo mencionado anteriormente el Hospital Eugenio Espejo atiende en los últimos años solo casos complejos o intervenciones de alto riesgo por lo cual se puede deducir que la demanda de pacientes que atendía se ha descongestionado. Es así que con menor demanda de pacientes a los que atiende y con una mayor asignación de recursos cada año por ser un hospital de tercer nivel, los servicios de salud que prestan deberían ser de

calidad, pero los resultados arrojados por parte de la encuesta no lo demuestran ya que de las tres instituciones públicas utilizadas para la encuesta, el Hospital Eugenio Espejo es el peor calificado por parte de los usuarios en cuanto a servicios de calidad.

Hospital General Enrique Garcés

La asignación de recursos al Hospital General Enrique Garcés mantiene una tendencia creciente durante los últimos 10 años como se observa en el Gráfico N° 8, en el cual se evidencia que en el año 2006 recibió USD 10.039.395,86 y para el año 2015 el monto ascendió a USD 37.903.444,33, es decir que en 10 años la asignación de recursos para este centro de salud se triplico.

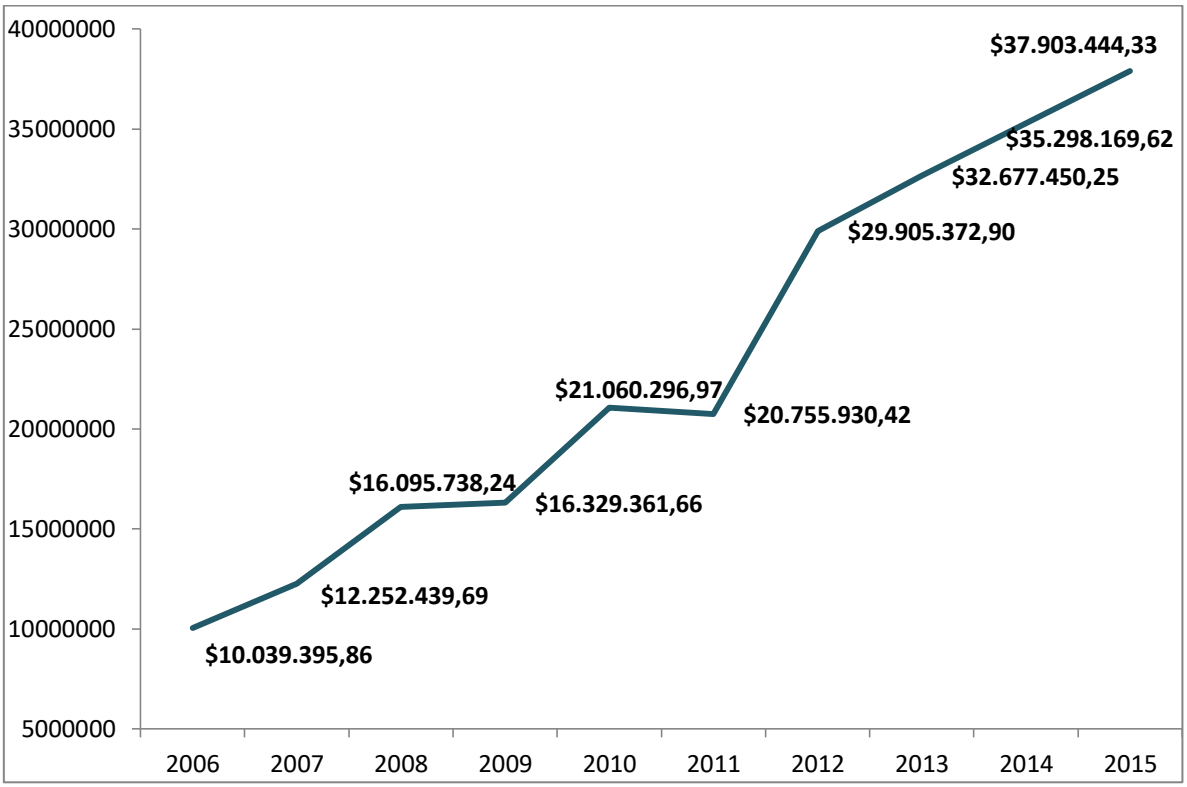
- En cuanto a equipamiento para el año 2006 el hospital asignó USD 502.000,84 y al 2015 el monto fue de USD 1.030.893,39.

- Medicamentos, se asignó USD 295.317,00 en el año 2006 y para el año 2015 USD 2.779.654,56.

- Infraestructura, monto asignado año 2006 USD 170.000 y al 2012 USD 79.155,81 (en el periodo 2013-2015 el hospital no asignó recursos a este ítem).

Con lo mencionado anteriormente y realizadas las encuestas de satisfacción de la calidad de servicios en este centro de salud, se puede deducir que el aumento en la asignación de recursos en la última década no ha logrado superar ciertos problemas con la calidad en la atención como se analizó anteriormente en los resultados de las encuestas.

Gráfico N° 8
Presupuesto General Hospital General Enrique Garcés



Fuente: Coordinación Zonal 9 – Rendición de cuentas 2015 Hospital General Enrique Garcés
Elaboración: Ana Román

En el informe de Rendición de cuentas 2015 (HEG, 2016) del hospital también se verifican problemas en cuanto a la asignación de recursos para el 2016 y la repercusión en diferentes áreas como por ejemplo: vehículos institucionales y ambulancias no han realizado mantenimiento desde el mes de febrero, servicios de limpieza y guardianía se encuentran impagos desde el mes de marzo, servicio de transporte de desechos hospitalarios impagos desde el mes de febrero, abastecimiento de diesel y combustible impago desde abril. Además alimentación para pacientes, material de impresión, servicios básicos (agua, luz, telefonía), mantenimiento de equipos médicos, entre otros, se encuentran con una disponibilidad presupuestaria de cero.

A pesar de ello las autoridades competentes hacen lo posible para brindar una adecuada atención y de esta manera solventar las necesidades de la población ya que hoy en día el Hospital Enrique Garcés es considerado un referente nacional que presta sus servicios a usuarios de todo el país.

En conclusión la calidad de los servicios de salud ha sido una preocupación permanente desde tiempo atrás, ya que se ha identificado una serie de problemas en aspectos como el acceso y satisfacción de los usuarios que agravan la situación del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio de Salud Pública ha implementado la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud en el cual como visión busca garantizar la calidad, eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios de salud que brinda el Ministerio de Salud Pública, en el marco de los derechos de las personas, con el propósito de lograr la excelencia en los servicios; conforme a las políticas sectoriales, modelos de calidad, normativas y lineamientos estratégicos establecidos (MSP, 2015).

Conclusiones

El Gobierno Nacional debe establecer una política clara en cuanto a la asignación de los recursos para inversión los cuales deberán demostrar año tras año el impacto que estas generan a la población, ya que no solo debe interesar la cantidad de la inversión sino aún más importante la calidad y sus repercusiones en el bienestar social.

La mayor parte de la población evidencian los grandes aportes económicos realizados por el Gobierno dentro del sector de la Salud, pero todo esto de una manera global o general, sin embargo, poseen una opinión diferente acerca de la gestión interna que se maneja individualmente cada casa de salud, en las cuales se evidencian grandes falencias que han repercutido de manera negativa en el bienestar de la población, ya que los sistemas o procesos internos son ineficientes para mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen, es así que gran parte de la población se encuentra insatisfecha con la calidad de los servicios de salud.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, la inversión no sólo es mejorar la infraestructura y remodelar instalaciones de las instituciones públicas de salud ya que esto no garantiza la entrega de un servicio de calidad, por lo que los resultados en cuanto a la satisfacción del cliente no serán los esperados. Esto debe evidenciarse a través de una mejor atención, capacitación del personal médico y administrativo, incremento de número de especialistas, en cumplir con estándares internacionales de atención médica así como la certificación internacional de hospitales públicos, entre otros.

La inversión en el sector salud por parte del Gobierno de turno no ha resuelto los problemas primordiales que este sector presenta con respecto a los servicios que brinda y la mayoría no han logrado ser resueltos por lo que todavía falta mucho por hacer; por tanto, se requiere que las autoridades intervengan para que exista un monitoreo constante en cuanto a la gestión de los recursos ya sean estos económicos, humanos, tecnológicos, entre otros.

Además, es fundamental el monitoreo y la evaluación para obtener el impacto esperado pero sin embargo, es tal vez la actividad que menos se desarrolla, en parte por la falta de recursos para financiar dicho proceso y también por falta de conocimiento en los cuales se debe entender que la ejecución total de una obra física no es el fin en sí.

En el país no ha existido una entidad que realmente regule y controle los procesos o sistemas internos que se manejan dentro de las instituciones de salud, el cual tenga conocimiento sobre la correcta y adecuada distribución de los recursos, así como de la calidad de servicio que ofrecen las mismas a los ciudadanos que acuden a las mismas.

Recomendaciones

La inversión por parte del Gobierno debe ir más allá de la modernización e innovación de la infraestructura de la institución de salud, se debe aplicar también en los procesos administrativos y de atención al cliente para mejorar la calidad de los servicios, por lo que la población aprecia más un servicio de calidad, que la misma infraestructura.

La asignación de recursos al sector salud debe ir alineada al proceso de planificación con el que cuenta el país, que a corto, mediano y largo plazo estos recursos deben verse reflejados en el fortalecimiento de la red hospitalaria para garantizar el acceso gratuito de atención de calidad en todos los niveles de atención siendo necesario que se trabaje en un marco de rendición de cuentas no solo desde el punto de vista monetario sino también en la transparencia de los procesos organizacionales de cada institución pública de salud.

El MSP debe mejorar su proceso de gestión en todos sus niveles de atención, de manera que se coordine de la misma manera en todos los niveles: la cobertura, acceso, calidad, eficiencia y equidad de los servicios que proveen como en la infraestructura y recursos financieros asignados.

Además se debe elaborar indicadores sobre la percepción de calidad de los servicios públicos de salud y generar políticas que impulsen las buenas prácticas y la correcta utilización de las herramientas para garantizar la accesibilidad y el uso adecuado de los servicios de salud con el buen uso de los recursos destinados al sector.

Referencias Bibliográficas

Alfageme, M y Guabloche, M (s.f.) *Estado, gasto público y desarrollo de las capacidades: una aproximación.*

Alvarez, F (2012) *Calidad y auditoría en salud.* Colombia: Ecoe Ediciones. Segunda Edición.

AMERICA ECONOMÍA (2011) *Ecuador declarará estado de emergencia en la salud pública*. Recuperado el 01 de julio de 2015, de http://americaeconomia.com/politica-sociedad/politica/ecuador-declarara-estado-de-emergencia-en-la-salud-publica

Amory Winslow ChE: The evolution and significance of the modern public healt campaign. New Haven: Yale University Press, 1923.

ANDES (2012) *Gobierno desarrolla planes de salud escolar.* Recuperado el 28 de junio de 2015, de http://www.andes.info.ec/es/actualidad/4823.html

ANDES (2013) *El sistema de salud de Ecuador se ubica entre los 20 mejores del mundo*. Recuperado el 17 de julio de 2015, de http://www.andes.info.ec/es/sociedad/sistema-salud-ecuador-ubica-entre-20-mejores-mundo.html

ANDES (2014) *En los últimos siete años la inversión en salud consolida atención, equipamiento y profesionales de calidad en Ecuador.* Recuperado el 28 de junio de 2015, de http://www.andes.info.ec/es/noticias/ultimos-siete-anos-inversion-salud-consolida-atencion-equipamiento-profesionales-calidad

ANDES (2014) *En los últimos siete años la inversión en salud consolida atención, equipamiento y profesionales de calidad en Ecuador*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de http://www.andes.info.ec/es/noticias/ultimos-siete-anos-inversion-salud-consolida-atencion-equipamiento-profesionales-calidad

ANDES (2015) *Ecuador alcanzó la gratuidad en la salud pública desde 2008, afirma ministra.* Recuperado el 20 de septiembre de 2015, de http://www.andes.info.ec/es/noticias/ecuador-alcanzo-gratuidad-salud-publica-2008-afirma-ministra.html

ANDES (2015) *Nuevo Código de la Salud mejorará institucionalidad y manejo del presupuesto del sistema de salud de Ecuador.* Recuperado el 28 de junio de 2015, de http://www.andes.info.ec/es/noticias/nuevo-codigo-salud-mejorara-institucionalidad-manejo-presupuesto-sistema-salud-ecuador.html

ANDES (2015) *Ecuador alcanzó la gratuidad en la salud pública desde 2008, afirma ministra*. Recuperado el 30 de junio de 2015, de http://www.andes.info.ec/es/noticias/ecuador-alcanzo-gratuidad-salud-publica-2008-afirma-ministra.html

Armijo, M y Espada, M (2014) *Calidad del gasto público y reformas institucionales en América Latina.* Serie Macroeconomía del desarrollo. Chile: Naciones Unidas y Comisión Económica para América Latina.

Banco Interamericano de Desarrollo (s.f.) *Fragmentación e incentivos en los sistemas de atención de la salud en América Latina y el Caribe*.

Banco Mundial (1993). *World Development Report: Investing in Health.* Washington, D.C.

Bautista, Bertozzi, Galárraga, Sosa y Valencia (2013) *Economía de la Salud.*

Bosch, A (2000) (Eds.) *La economía del sector público.* Barcelona: Novoprint.

CADEP (2008). *Inversión pública en salud.* Paraguay: Observatorio Fiscal.

CEPAL (1994). *El gasto social en América Latina: un examen cuantitativo y cualitativo*. Santiago: Comisión Económica para América Latina. Cuadernos de la CEPAL Nº 73.

CEPAL (2005). *Propuesta para un compendio latinoamericano de indicadores sociales*. Serie 41. Chile: Unidad de Estadísticas Sociales.

Córdoba, M (2009) *Finanzas Públicas.* Colombia.

Cubaencuentro (2011) *Ecuador declara el estado de emergencia sanitaria*. Recuperado el 01 de julio de 2015, de http://www.cubaencuentro.com/internacional/noticias/ecuador-declara-el-estado-de-emergencia-sanitaria-253478

Currais, L y Rivera, B (2005) *La inversión en salud como gasto público productivo: un análisis de su contribución al crecimiento económico.* Universidad de A Coruña.

Ecuador Inmediato (2010) *Caroline Chang defiende su inocencia y acusa de persecución a Viteri.* Ecuador Inmediato. Recuperado de, http://www.ecuadorinmediato.com/Noticias/news_user_view/caroline_chang_defiende_su_inocencia_y_acusa_de_persecucion_a_viteri--130033

El Ciudadano (2013) *Quito tendrá una inversión de 129 millones de dólares en salud en este año.* Recuperado el 28 de septiembre de 2015, de http://www.elciudadano.gob.ec/quito-tendra-una-inversion-de-129-millones-de-dolares-en-salud-en-este-ano/

El Comercio (2009) *La atención en los dispensarios será gratis*. Recuperado el 30 de junio de 2015, de http://www.elcomercio.com/actualidad/atencion-dispensarios-sera-gratis.html

El Comercio (2009) *242 millones más para salud en 2010"*. Recuperado el 30 de junio de 2015, de http://www.elcomercio.com/actualidad/242-millones-mas-salud-2010.html

El Comercio (2009) *La emergencia por la gripe se extiende en el país*. Recuperado el 30 de junio de 2015, de http://www.elcomercio.com/actualidad/emergencia-gripe-extiende-pais.html

El Comercio (2009) *Salud entregó equipos al Eugenio Espejo para tratar el AH1N1*. Recuperado el 30 de junio de 2015, de http://www.elcomercio.com/actualidad/salud-entrego-equipos-al-eugenio.html

El Comercio (2009) *Hospitales de la Policía y FF.AA. se unirán a la gratuidad de la salud pública*. Recuperado el 30 de junio de 2015, de http://www.elcomercio.com/actualidad/hospitales-policia-y-ff-aa.html

El Comercio (2010) *Ministerio de Salud asume programa de salud PAP de Guayaquil*. Recuperado el 30 de junio de 2015, de http://www.elcomercio.com/actualidad/ministerio-salud-asume-programa-salud.html

El Comercio (2010) *Salud propone manejar el León Becerra*. Recuperado el 30 de junio de 2015, de http://www.elcomercio.com/actualidad/salud-propone-manejar-leon-becerra-1.html

El Comercio (2010) *USD 2 millones para la maternidad gratuita*. Recuperado el 30 de junio de 2015, de http://www.elcomercio.com/tendencias/usd-millones-maternidad-gratuita.html

El Comercio (2010) *Cada año hay 12000 hospitalizaciones por el neumococo*. Recuperado el 30 de junio de 2015, de http://www.elcomercio.com/tendencias/ano-hay-12000-hospitalizaciones.html

El Comercio (2010) *Los despidos se extienden a más entidades de salud*. Recuperado el 30 de junio de 2015, de http://www.elcomercio.com/tendencias/despidos-extienden-mas-entidades-salud.html

El Comercio (2010) *Banco de Ojos para región Costa*. Recuperado el 30 de junio de 2015, de http://www.eluniverso.com/2010/12/29/1/1445/banco-ojos-region-costa.html

El Comercio (2011) *El Ejecutivo renovó el estado de emergencia en hospitales*. Recuperado el 01 de julio de 2015, de http://www.elcomercio.com/actualidad/politica/ejecutivo-renovo-de-emergencia-hospitales.html

El Comercio (2011) *Ministro de Salud da informe después de 5 meses de emergencia*. Recuperado el 01 de julio de 2015, de http://www.elcomercio.com/tendencias/salud/ministro-salud-da-informe-despues.html

El Comercio (2011) *El segundo hospital móvil llegará hoy a Quito*. Recuperado el 01 de julio de 2015, de http://www.elcomercio.com/actualidad/quito/segundo-hospital-movil-llegara-hoy.html

El Comercio (2011) *Ministerio de Salud dispuso la compra de medicamentos anti-hemofílicos*. Recuperado el 01 de julio de 2015, de http://www.elcomercio.com/tendencias/salud/ministerio-salud-dispuso-compra-medicamentos.html

El Comercio (2012) *David Chiriboga renunció al Ministerio de Salud*. Recuperado el 01 de julio de 2015, de http://www.elcomercio.com/tendencias/david-chiriboga-renuncio-al-ministerio.html

El Comercio (2012) *Una treintena de médicos repatriados por el Ministerio de Salud*. Recuperado el 01 de julio de 2015, de http://www.elcomercio.com/tendencias/treintena-medicos-repatriados-ministerio-salud.html

El Comercio (2012) *Medicina Familiar tendrá 600 becas para posgrados*. Recuperado el 01 de julio de 2015, de http://www.elcomercio.com/actualidad/politica/medicina-familiar-tendra-600-becas.html

El Comercio (2013) *USD 3,4 millones para crear un banco de sangre de cordón umbilical en el país*. Recuperado el 01 de julio de 2015, de http://www.elcomercio.com/tendencias/usd-millones-crear-banco-de.html

El Comercio (2013) Nuevos cambios en el sistema de salud. Recuperado el 01 de julio de 2015, de http://www.elcomercio.com/tendencias/nuevos-cambios-sistema-salud.html

El Comercio (2015) Los hospitales grandes derivan más pacientes a los centros y subcentros de salud. Recuperado el 30 de agosto de 2016, de http://www.elcomercio.com/tendencias/hospitales-derivacion-pacientes-centrosdesalud-subcentrosdesalud.html

El Diario (2010) *Presidente Correa acepta renuncias de ministras de Finanzas y de Salud*. Recuperado el 30 de junio de 2015, de http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/150092-presidente-correa-acepta-renuncias-de-ministras-de-finanzas-y-de-salud/

El Universo (2014) *Ministerio de Salud habilita 3 hospitales para atender hipotético caso de ébola en Ecuador.* Recuperado el 15 de septiembre de 2015, de http://www.eluniverso.com/noticias/2014/10/13/nota/4101636/ministerio-salud-habilita-3-hospitales-caso-que-llegue-ebola

García, Andrés (2014) *El protocolo de bioseguridad es fundamental para frenar el ébola.* El Comercio: Tendencias. Recuperado de http://www.elcomercio.com/tendencias/protocolo-bioseguridad-fundamental-frenar-ebola.html

Gersberg, Laura (s.f.) *Políticas de salud pública y usuarios conflictivos de sustancias tóxicas*. Recuperado el 01 de julio de 2015, de http://www.lateclaene.com/#!laura-gesberg/csik

Gimeno, J; Rubio, S y Tamayo, P (Eds.) (2005) *Economía de la salud: fundamentos.* Diaz de Santos.

Hernández, M y Lazcano, E (2013). *Salud Pública. Teoría y práctica*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Hidalgo, Luis Fernando (2010). “La inversión en el sector salud del Ecuador”. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Rev. Med. FCM-UCSG, Vol. 16 Nº 2.

HUV y FUNDESALUD (2010). *Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios.* Colombia: Hospital Universitario del Valle, HUV, “Evaristo García”, ESE.

ILPES (2012), *Panorama del sector público en América Latina: la gestión pública en la hora de la Igualdad*.

Irarrázaval, I (1994). *Un impacto redistributivo del gasto social: una revisión metodológica de estudios latinoamericanos.* Serie Políticas Sociales 2. Chile: Naciones Unidas y Comisión Económica para América Latina.

Jiménez, L y Manuelito, S (2013) *La inversión y el ahorro en América Latina: nuevos rasgos estilizados, requerimientos para el crecimiento y elementos de una estrategia para fortalecer su financiamiento.* Serie Macroeconomía del desarrollo. Chile: Naciones Unidas y Comisión Económica para América Latina.

Lucio, Ruth (2007). *La salud en Quito, análisis del acceso y calidad. Línea base del Proyecto Salud de Altura, Proyecto de fortalecimiento de servicios públicos de atención de salud en el Distrito Metropolitano.* Cámara Ecuatoriana del Libro: Núcleo de Pichincha.

Lucioni, L (2004) *La inversión para la provisión de servicios públicos y su financiamiento en América Latina y el Caribe: su evolución reciente, situación actual y políticas.* Chile: Naciones Unidas

Malagón, G y Moncayo, A (2011) *Salud pública: perspectivas.* Colombia: Editorial Medica Panamericana.

Martinez, Miguel (Eds.) (2013) *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas: un manual para ciencias de la salud*. Barcelona: Elsevier.

MIES (2015) *La campaña Te Quiero Sano Ecuador promueve la actividad física.* Recuperado el 20 de octubre de 2015, de http://www.desarrollosocial.gob.ec/la-campana-te-quiero-sano-ecuador-promueve-la-actividad-fisica/

Ministerio de Salud Perú (2002) *Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos de Servicios de Salud.* Perú: Dirección General de Salud de las Personas.

MSP (1996) *Mejoramiento continuo de calidad de los servicios de salud. Manual del participante.* Quito.

MSP (2012) *Presidente Correa titularizó a Carina Vance como Ministra de Salud*. Recuperado el 01 de julio de 2015, de http://www.salud.gob.ec/presidente-correa-titularizo-a-carina-vance-como-ministra-de-salud/

MSP (2012) *Ministerio de Salud Pública impulsa proceso de formación de especialistas en la salud e implementa planes para fortalecer al Talento Humano.* Recuperado el 27 de junio de 2015, de http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-publica-impulsa-proceso-de-formacion-de-especialistas-en-la-salud-e-implementa-planes-para-fortalecer-al-talento-humano/

MSP (2012) *Ministerio de Salud trabaja en prevención y promoción de la salud*. Recuperado el 28 de junio de 2015, de http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-trabaja-en-prevencion-y-promocion-de-la-salud/

MSP (2012) *Hospital del Niño cuenta con nueva sala de Consulta Externa y unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.* Recuperado el 15 de junio de 2015, de http://www.salud.gob.ec/hospital-del-nino-cuenta-con-nueva-sala-de-consulta-externa-y-unidad-de-cuidados-intensivos-neonatales/

MSP (2013) *Hospital del Niño prepara contingente para remodelación del área de Emergencia.* Recuperado el 28 de junio de 2015, de http://www.salud.gob.ec/hospital-del-nino-prepara-contingente-para-remodelacion-del-area-de-emergencia/

MSP (2013) *Ministra de Salud: "Estamos fortaleciendo el sistema de atención de emergencias médicas*". Recuperado el 20 de septiembre de 2015, de http://www.salud.gob.ec/ministra-de-salud-estamos-fortaleciendo-el-sistema-de-atencion-de-emergencias-medicas/

MSP (2013) *Monte Sinaí contará con uno de los hospitales más grandes del país.* Recuperado el 28 de junio de 2015, de http://www.salud.gob.ec/monte-sinai-contara-con-uno-de-los-hospitales-mas-grandes-del-pais/

MSP (2013) *MSP entrega 140 ambulancias para varias provincias del país.* Recuperado el 27 de junio de 2015, de http://www.salud.gob.ec/msp-entrega-140-ambulancias-para-varias-provincias-del-pais/

MSP (2013) Quito contará con un centro de apoyo para niñas, niños y jóvenes con cáncer. Recuperado el 01 de julio de 2015, de http://www.salud.gob.ec/quito-contara-con-un-centro-de-apoyo-para-ninas-ninos-y-jovenes-con-cancer/

MSP (2013) *Ministra Carina Vance participó en demostración de planta de desechos hospitalarios*. Recuperado el 01 de julio de 2015, de http://www.salud.gob.ec/ministra-carina-vance-participo-en-demostracion-de-planta-de-desechos-hospitalarios/

MSP (2013) *Hospital del día se construirá en el norte de Riobamba con el apoyo de la Espoch*. Recuperado el 01 de julio de 2015, de http://www.salud.gob.ec/hospital-del-dia-se-construira-en-el-norte-de-riobamba-con-el-apoyo-de-la-espoch/

MSP (2013) *Sistema Público de Salud en Ecuador en puesto 20 a nivel mundial*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de http://www.salud.gob.ec/tag/pib/

MSP (2013) *Enfermeras: se sube el salario de arranque a $1.212 y se elevan salarios de coordinadoras y especialistas.* Recuperado el 29 de septiembre de 2015, de http://www.salud.gob.ec/enfermeras-se-sube-el-salario-de-arranque-a-1-212-y-se-elevan-salarios-de-coordinadoras-y-especialistas/

MSP (2014) *Transformación de infraestructura y equipamiento atrae a profesionales de la salud.* Recuperado el 28 de junio de 2015, de http://www.salud.gob.ec/transformacion-de-infraestructura-y-equipamiento-atrae-a-profesionales-de-la-salud/

MSP (2014) *Hasta 2015 se abrirán centros de tratamiento de adicciones del MSP en todo el país*. Recuperado el 01 de julio de 2015, de http://www.salud.gob.ec/hasta-2015-se-abriran-centros-de-tratamiento-de-adicciones-del-msp-en-todo-el-pais/

MSP (2015). *Sistema Público de Salud en Ecuador en puesto 20 a nivel mundial.* Recuperado el 16 de enero de 2016, de http://www.salud.gob.ec/sistema-publico-de-salud-en-ecuador-en-puesto-20-a-nivel-mundial/

MSP (2015) *Día del Médico Ecuatoriano, reconocido actor de la transformación de la salud*. Recuperado el 30 de junio de 2015, de http://www.salud.gob.ec/msp-conmemora-el-dia-del-medico-ecuatoriano-reconocido-actor-de-la-transformacion-de-la-salud/

MSP (2015) *El Eugenio Espejo es el único hospital público de especialidades en Hispanoamérica con acreditación internacional*. Recuperado el 29 de octubre de 2015, de http://www.salud.gob.ec/el-eugenio-espejo-es-el-unico-hospital-publico-de-especialidades-en-hispanoamerica-con-acreditacion-internacional-2/

MSP (2015) *Se inaugura el primer hospital en más de tres décadas en Quito.* Recuperado el 11 de octubre de 2015, de http://www.salud.gob.ec/se-inaugura-el-primer-hospital-en-mas-de-tres-decadas-en-quito/

MSP (2015) *MSP presenta resultados y los compromisos de las jornadas de diálogo participativo sobre la calidad en salud*. Recuperado el 29 de octubre de 2015, de http://www.salud.gob.ec/msp-presenta-resultados-y-los-compromisos-de-las-jornadas-de-dialogo-participativo-sobre-la-calidad-en-salud/

Muñoz F, López AD, Halverson P et al: Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev. Panam. Salud Pública 8:126-134; 2000.

OMS (2003) *Invertir en salud: resumen de las conclusiones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud.* Suiza.

OPS (2012) *Salud en las Américas: panorama regional y perfiles de país.* Washington, DC. Edición 2012.

Pezoa, Marcela (2013). *Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores. Informe Global.* Chile: Superintendencia de Salud.

Ramirez, Nájera y Nigenda (1998) *Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios.* México: Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

Rivera, B. y Currais, L. (2004). *La inversión pública en salud como determinante del crecimiento económico en España: efectos sobre la productividad individual*. XI Encuentro de Economía Pública, Barcelona.

Rivera, B; Currais L. (2005). *La inversión en salud como gasto público productivo: un análisis de su contribución al crecimiento económico*. Universidad de Coruña.

Savedoff, W y Schultz, P (2000) *Wealth from Health: linking social investments to earnings in Latin America.* Inter- American Development Bank.

Sen, Amartya (1995) *The political economy of targeting. En Public spending and the poor. Theory and evidence*. A World Bank Book, eds. Dominique Van de Walle y Kimberly Nead, Washington, D.C.

SENPLADES (2009) *Aproximación y Análisis: calidad de los servicios públicos.* Ecuador: Subsecretaría de Seguimiento y Evaluación.

Stiglitz, Joseph (1995) "La Economía del Sector Público". Ediciones Bosch, 2da edición, Barcelona.

UNICEF (2009) *Cómo va la inversión social.* Publicación cuatrimestral N° 25. Recuperado el 20 de febrero de 2015, de http://www.unicef.org/ecuador/como_va_la_inversion_No25.pdf

Urzúa, C (2011) *Análisis Político: Gasto Público, Subsidios y Equidad Social en América Latina.* Friedrich Ebert Stiftung. México.

Anexos

Anexo N°1

TAMAÑO DE LA MUESTRA

CENTRO DE SALUD CHIMBACALLE

- 75% DE CONFIANZA:

$$\frac{3842(1{,}15)^2(0{,}5)^2}{(3842-1)(0{,}05)^2+(1{,}15)^2(0{,}5)^2}=127{,}88$$

HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS

- 75% DE CONFIANZA:

$$\frac{1465(1{,}15)^2(0{,}5)^2}{(1465-1)(0{,}05)^2+(1{,}15)^2(0{,}5)^2}=121{,}38$$

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO

- 75% DE CONFIANZA:

$$\frac{1239(1{,}15)^2(0{,}5)^2}{(1239-1)(0{,}05)^2+(1{,}15)^2(0{,}5)^2}=119{,}58$$

Anexo N°2

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ECONOMÍA
(Disertación previa a la obtención del título de Economista)

ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

1. El tiempo de espera desde que llegó hasta ser atendido fue razonable:

SI	NO

¿Cuánto tiempo espero? _____

2. Considera que obtuvo un diagnóstico y tratamiento adecuado :

SI	NO

3. El personal de salud actuó en forma coordinada y eficiente para resolver su problema de salud:

SI	NO

4. Usted siente que resolvieron el problema motivo de búsqueda de atención:

SI	NO

5. El resto del personal administrativo del establecimiento fue respetuoso y amable:

SI	NO

6. Usted se siente satisfecho con la atención recibida:

SI	NO

7. La unidad de salud dispone de suficientes equipos, medicamentos, insumos y materiales:

SI	NO

8. Le entregaron todos los medicamentos recetados:

SI	NO

9. La infraestructura del establecimiento le parece:

Muy buena	Buena	Mala	Muy mala

10. Le parecieron cómodos los ambientes del establecimiento:

SI	NO

11. ¿Para que sean cómodos los ambientes del establecimiento que más deben tener? Escoja 3 de los ítems:

SILLA - BANCAS	
SALA DE ESPERA MÁS GRANDE	
CON MÁS SERVCIOS HIGIENICOS	
SERVICIOS HIGIENICOS LIMPIOS	
AREAS PARA NIÑOS	
TELEVISORES EN SALA DE ESPERA	
AMBIENTES ILUMINADOS	
MÁS SITIOS DONDE ESPERAR	